

KOŃCOWE BADANIE ANESTEZJOLOGICZNE

(wypełnia anestezjolog)

Data badania: _____ / _____ / _____

Temperatura ciała: prawidłowa nieprawidłowa.....°C

Ciśnienie tętnicze:/..... Tętno...../min

Badania laboratoryjne: bez badań Grupa krwi.....Rh.....Hb.....

Ht.....PLT.....Na.....K.....Glukoza.....CRP.....

Wsk. protromb.....INR.....APTT.....

Inne.....

Badanie przedmiotowe.....

.....

.....

.....

Na podstawie osobiście przeprowadzonej rozmowy i zbadaniu dziecka.

Dziecko: zakwalifikowano zdyskwalifikowano do/z zabiegu operacyjnego,
w znieczuleniu: ogólnym regionalnym miejscowym z / bez sedacji(a) w trybie:
 przyspieszonym planowym.

Skala ASA.....Skala POVOC.....Skala PRISM.....

Powodem dyskwalifikacji jest:.....

.....

.....

Proponuję/premedykacja.....

.....

.....

.....
Data, godzina, podpis i pieczęć anestezjologa

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci

ZZOZ w Ostrowie Wlkp. ul Limanowskiego 20/22

tel. (62) 595 14 22 mail: oaiitdz@gmail.com

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA DLA DZIECI

Anestezja, jest koniecznym elementem wielu współczesnych badań, zabiegów i operacji. Dzieci nie tolerują nawet niewielkiego bólu, braku komfortu i nie potrafią współpracować z personelem medycznym w sytuacjach, które dla dorosłych nie stanowią problemu. Oszczędzenie dzieciom dolegliwości i stresu oraz opieka nad nimi w tym okresie należy do zespołu anestezjologicznego.

Wraz z ankietą dziecko i Państwo otrzymacie broszurę informacyjną „Julka w szpitalu”. Prosimy o jej uważne przeczytanie i ewentualne wypełnienie przez dziecko.

W tygodniu poprzedzającym lub tygodniu znieczulenia prosimy zgłosić się z wypełnioną ankietą do Szpitala. Nie należy pomijać odpowiedzi na żadne z pytań. W razie wątpliwości, należy z wypełnieniem ankiety poczekać na anestezjologa, który wyjaśni wątpliwości oraz zada Państwu dodatkowe pytania. Informacje na temat znieczulenia zawarte są również na stronie internetowej Szpitala (zakładka Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci) www.szpital.osw.pl

Nazwisko i imię dziecka.....

PESEL/data urodzenia.....

Wzrost.....Waga.....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj i tryb wykonania zabiegu wypełnia chirurg (data, godzina, pieczęćka i podpis)

.....

.....

Tryb wykonania zabiegu: przyspieszony planowy

Proszę przeczytać poniższe pytania i zakreślić stosowną odpowiedź:

Moje dziecko jest ogólnie zdrowe: tak nie

Moje dziecko urodziło się: o czasie przedwcześnie.....tyg po czasie.....tyg

W okresie noworodkowym chorowało na:

przedłużoną żółtaczkę Zakażenie okołoporodowe

Inne

Moje dziecko było już operowane. Jeśli tak to kiedy?..... TAK NIE

Rodzaj zabiegu

Czy dobrze zniosło znieczulenie? TAK NIE

Czy miało już transfuzję krwi? TAK NIE Kiedy?.....

Czy dobrze zniosło transfuzję? TAK NIE

Moje dziecko chorowało/choruje na:

- żółtaczkę zakaźną TAK NIE NIE WIEM

- astmę, napady duszności TAK NIE NIE WIEM

- zapalenie płuc TAK NIE NIE WIEM

- zapalenie krtani TAK NIE NIE WIEM

- częste nieżyty dróg oddechowych, anginy TAK NIE NIE WIEM

- zapalenie oskrzeli TAK NIE NIE WIEM

- choroby serca i układu krążenia (wady serca) TAK NIE NIE WIEM

- choroby genetyczne u dziecka i w rodzinie TAK NIE NIE WIEM

- nadczynność/niedoczynność nadnerczy TAK NIE NIE WIEM

- cukrzycę TAK NIE NIE WIEM

- choroby nerek TAK NIE NIE WIEM

- tarczycę: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność TAK NIE NIE WIEM

- choroby oczu: jaskra, zaćma TAK NIE NIE WIEM

- choroby ukł. nerwowego: porażenie drgawki, padaczka TAK NIE NIE WIEM

- zmiany nastroju: depresja, nerwica TAK NIE NIE WIEM

- choroby kręgosłupa, zmiany w stawach TAK NIE NIE WIEM

- choroby krwi: skłonność do krwawień, siniaków TAK NIE NIE WIEM

- choroby układu krzepnięcia TAK NIE NIE WIEM

- uczulenia: leki, plaster, katar sienny, inne TAK NIE NIE WIEM

Czy w rodzinie ktoś chorował na choroby mięśni TAK NIE NIE WIEM

Czy dziecko bierze na stałe jakieś leki? TAK NIE Jakież?.....

Protezy zębowe wyjmowane TAK NIE Jakież?.....

Szkła kontaktowe, proteza oka TAK NIE Jakież?.....

Inne schorzenia.....

Ostatni posiłek/picie w dniu.....o godzinie.....

Anestezjolog.....przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat znieczulenia. Podczas tej rozmowy mogłem/am pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Nie mam więcej pytań.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Wyrażam świadomą zgodę na znieczulenie: ogólne / regionalne / miejscowe / sedację do..... jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje płynów, transfuzję krwi własnej i obcej, leki) podawane przed, w trakcie i po zabiegu operacyjnym. Wyrażam zgodę na uzasadnione medycznie zmiany i rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym na zmianę rodzaju znieczulenia). UWAGI:

.....

.....
data i podpis anestezjologa

.....
data i podpis dziecka > 16rż

.....
data i podpis opiekuna/ów prawnego

