

# KONSULTACJA PRZED ZNIECZULENIEM

NR HISTORII CHOROBY: \_\_\_\_\_

SZPITAL: \_\_\_\_\_

ODDZIAŁ: _____	NAZWISKO: _____	WIEK: _____ lat	PŁEĆ: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	WZROST: _____ cm	MASA CIAŁA: _____ kg
----------------	-----------------	-----------------	---	------------------	----------------------

ROZPOZNIANIE: _____	PLANOWANA OPERACJA: _____
PARAMETRY ŻYCIOWE	
Ciśnienie tętnicze: _____ mmHg	PRZYJMOWANE LEKI: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> zioła/leki bez recepty <input type="checkbox"/> narkotyki/nielegalne środki
Tętno: _____ /min	
Temp.: _____ °C	
Ile razy: _____ Kiedy ostatnie? _____	
<input type="checkbox"/> PRZEBYTE ZNIECZULENIA OGÓLNE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PRZEBYTE ZNIECZULENIA PRZEWODOWE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PRZEBYTE ZNIECZULENIA MIEJSCOWE <input type="checkbox"/> NIE	
POWIKŁANIA: _____	
UCZULENIA: _____ <input type="checkbox"/> NIE	
MP1 <input type="checkbox"/> pełna otwartcie ust: _____ cm przebyta trudna intubacja <input type="checkbox"/> beżębny ↑ ↓ <input type="checkbox"/> NIE MP2 <input type="checkbox"/> ograniczona otyłość <input type="checkbox"/> wąsy/broda <input type="checkbox"/> NIE MP3 <input type="checkbox"/> brak odł.tarcz-bródk. cm zęby ruchome / protezy <input type="checkbox"/> krótka szyja <input type="checkbox"/> NIE MP4 <input type="checkbox"/> małożuchwie <input type="checkbox"/> wystające siekacze	

## CHOROBY TOWARZYSZĄCE      DODATKOWE INFORMACJE      BADANIA DODATKOWE

<b>NIE UKŁ. ODDECHOWEGO</b> Asthma <input type="checkbox"/> Tonsillitis <input type="checkbox"/> POChP <input type="checkbox"/> Otitis Media <input type="checkbox"/> Rozedma <input type="checkbox"/> Nawr. inf. górnych DO <input type="checkbox"/> Zap. oskrzeli <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Niewydolność oddech. <input type="checkbox"/> Zapalenie płuc <input type="checkbox"/> Wysiłek opłucnowy <input type="checkbox"/> Kaszel produktywny <input type="checkbox"/> Zatorowość płucna <input type="checkbox"/> Dusznosc <input type="checkbox"/> Zap.zatok / bł.śl.nosa <input type="checkbox"/> Z. snu z bezdechem <input type="checkbox"/> Alergie <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/>	TYTOŃ: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak _____ paczek/dzień przez _____ lat <input type="checkbox"/> Rzucił _____ lat temu	EKG  RTG
---	--	----------------

<b>NIE UKŁ. SERCOWO - NACZYNIOWEGO</b> Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe EKG <input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> Zaburzenia rytmu <input type="checkbox"/> Stabila dusznica <input type="checkbox"/> Rozrusznik <input type="checkbox"/> Niestab. dusznica <input type="checkbox"/> AICD (defibr.) <input type="checkbox"/> Zawał serca <input type="checkbox"/> Kardiomiopatia <input type="checkbox"/> Hyperlipoproteinemia <input type="checkbox"/> Szmer <input type="checkbox"/> Niewydolność serca <input type="checkbox"/> Wady zastawkowe <input type="checkbox"/> Ch.naczyń obw. <input type="checkbox"/> Gorączka reumat. <input type="checkbox"/> Tętniak <input type="checkbox"/> Zapalenie wsierdzia <input type="checkbox"/>	NYHA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV CCS <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
---	---	--

<b>NIE UKŁ. POKARMOWEGO</b> Otyłość <input type="checkbox"/> Refluks 2-przełykowy <input type="checkbox"/> Ch. wątroby <input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa <input type="checkbox"/> Marskość <input type="checkbox"/> Nudności, wymioty <input type="checkbox"/> Hepatitis / żółtaczka <input type="checkbox"/> Biegunka <input type="checkbox"/> Ch. pęcherzyka ż. <input type="checkbox"/> Zaparcia <input type="checkbox"/> Zapalenie trzustki <input type="checkbox"/> Ch. Chrohn'a <input type="checkbox"/>	ALKOHOL: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Częstość _____ Uzależnienie <input type="checkbox"/> Rzucił _____ lat temu	
--	---	--

<b>NIE UKŁ. NERWOWEGO I RUCHU</b> RZS, osteoarthritis <input type="checkbox"/> Miastenia <input type="checkbox"/> Schorz. kręgosłupa <input type="checkbox"/> Dystrofia mięśniowa <input type="checkbox"/> ZZSK <input type="checkbox"/> Niedowłady <input type="checkbox"/> Skolioza <input type="checkbox"/> Udar mózgu <input type="checkbox"/> Bóle głowy / Migrena <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Uraz głowy <input type="checkbox"/> Zab. psychiczne <input type="checkbox"/>	GCS: _____  Badanie fizykalne układu nerwowego: _____	<b>BADANIA LABORATORYJNE</b> Hb _____ Ht _____ Plt. _____ WBC _____ aPTT _____ INR _____ Na <sup>+</sup> _____ K <sup>+</sup> _____ Glukoza _____ Kreatynina _____ Białko _____
---	---	--

<b>NIE UKŁ. MOCZOWEGO I ENDOKRYNNEGO</b> Niewydolność nerek <input type="checkbox"/> Cukrzyca - Typ I <input type="checkbox"/> Dializoterapia <input type="checkbox"/> Cukrzyca - Typ II <input type="checkbox"/> Kamica nerkowa <input type="checkbox"/> Ch. trzyczocy <input type="checkbox"/> Ch. pęcherza <input type="checkbox"/> Ch. przysadki <input type="checkbox"/> Ch. prostaty <input type="checkbox"/> Ch. nadnerczy <input type="checkbox"/> Nietrzymanie moczu <input type="checkbox"/> Sterydoterapia <input type="checkbox"/>		
--	--	--

<b>NIE INNE</b> Anemia <input type="checkbox"/> Immunosupresja <input type="checkbox"/> Zaburz. krwotoczne <input type="checkbox"/> Chemio/radioterapia <input type="checkbox"/> Przebyte transfuzje <input type="checkbox"/> Obrzęki <input type="checkbox"/> Ch. nowotworowa <input type="checkbox"/> Sepsa / Infekcja <input type="checkbox"/> Utrata/przyrost wagi <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> Choroby oczu <input type="checkbox"/> Cięża <input type="checkbox"/> Jaskra <input type="checkbox"/> Pacjent leżący <input type="checkbox"/>	<b>ASA</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
---	---	--

PLANOWANE ZNIECZULENIE:  OGÓLNE  SEDACJA  MOA  MIEJSCOWE  ZO  DOGONOWE  PP  CSE  Kombinowane (ogólne/przewodowe)

Blokada spłotów lub nerwów: \_\_\_\_\_  Przewodowe z zastosowaniem cewnika  INNE: \_\_\_\_\_

**NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA ZAPROPONOWANY RODZAJ ZNIECZULENIA DO PLANOWANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO, JAK RÓWNIEŻ NA TOWARZYSZĄCE TEMU POSTĘPOWANIE MEDYCZNE (INFUZJE, TRANSFUZJE, LECZENIE KRAŻENIOWE, ODDECHOWE) W CZASIE I PO ZABIEGU. ZGADZAM SIĘ NA MEDYCZNIE UZASADNIONE ZMIANY LUB ROZSZERZENIE POSTĘPOWANIA ANESTEZJOLOGICZNEGO, W TYM ZMIANĘ RODZAJU ZNIECZULENIA. JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE MIAŁEM/AM NIE SKRĘPOWANĄ MOŻLIWOŚĆ ZADAWANIA PYTAŃ DOTYCZĄCYCH ZNIECZULENIA, ZWIĄZANEGO Z NIM RYZYKA I MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ ORAZ ŻE UZYSKAŁEM/AM ZROZUMIAŁE DLA MNIĘ, WYCZERPUJĄCE ODPOWIEDZI. ZGODĘ WYRAŻAM PO PODJĘCIU SAMODZIELNEJ DECYZJI, NA KTÓREJ PODJĘCIE MIAŁEM/AM WYSTARCZAJĄCĄ ILOŚĆ CZASU.**

Data i podpis chorego (lub prawnego opiekuna)

ZALECENIA PRZED ZNIECZULENIEM:  Ponadstandardowe postępowanie, monitorowanie, urzadzenia, itp.:

POTWIERDZAM PRZYJĘCIE O GODZINIE: _____ LICZBA PUNKTÓW WG. PONIŻSZEJ SKALI W CHWILI PRZYJĘCIA: _____ PKT.  Podpis pielęgniarki lub lekarza przejmującego opiekę Zalecenia pooperacyjne: _____	<b>PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA OPIEKI NAD PACJENTEM PO ZNIECZULENIU I OPERACJI</b> SKALA ALDRETE'A <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">RUCH</td> <td style="width: 60%;">Porusza 4 kończynami samoistnie lub na polecenie Porusza 2 kończynami samoistnie lub na polecenie Nie porusza kończynami samoistnie ani na polecenie</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">2 1 0</td> </tr> <tr> <td>ODDECH</td> <td>W pełni wydolny Nieregularny, nie w pełni wydolny Bezdech</td> <td style="text-align: center;">2 1 0</td> </tr> <tr> <td>KRAŻENIE</td> <td>Ciśnienie ± 20% wartości sprzed znieczulenia Ciśnienie ± 20 - 50% wartości sprzed znieczulenia Ciśnienie ± 50% wartości sprzed znieczulenia</td> <td style="text-align: center;">2 1 0</td> </tr> <tr> <td>ŚWIADOMOŚĆ</td> <td>W pełni świadomy Podsypiający, reagujący na głos Bez reakcji</td> <td style="text-align: center;">2 1 0</td> </tr> <tr> <td>SpO<sub>2</sub></td> <td>&gt; 92 % przy oddychaniu powietrzem &gt; 90 % przy stosowaniu tlenoterapii &lt; 90 % przy stosowaniu tlenoterapii</td> <td style="text-align: center;">2 1 0</td> </tr> </table>	RUCH	Porusza 4 kończynami samoistnie lub na polecenie Porusza 2 kończynami samoistnie lub na polecenie Nie porusza kończynami samoistnie ani na polecenie	2 1 0	ODDECH	W pełni wydolny Nieregularny, nie w pełni wydolny Bezdech	2 1 0	KRAŻENIE	Ciśnienie ± 20% wartości sprzed znieczulenia Ciśnienie ± 20 - 50% wartości sprzed znieczulenia Ciśnienie ± 50% wartości sprzed znieczulenia	2 1 0	ŚWIADOMOŚĆ	W pełni świadomy Podsypiający, reagujący na głos Bez reakcji	2 1 0	SpO <sub>2</sub>	> 92 % przy oddychaniu powietrzem > 90 % przy stosowaniu tlenoterapii < 90 % przy stosowaniu tlenoterapii	2 1 0
RUCH	Porusza 4 kończynami samoistnie lub na polecenie Porusza 2 kończynami samoistnie lub na polecenie Nie porusza kończynami samoistnie ani na polecenie	2 1 0														
ODDECH	W pełni wydolny Nieregularny, nie w pełni wydolny Bezdech	2 1 0														
KRAŻENIE	Ciśnienie ± 20% wartości sprzed znieczulenia Ciśnienie ± 20 - 50% wartości sprzed znieczulenia Ciśnienie ± 50% wartości sprzed znieczulenia	2 1 0														
ŚWIADOMOŚĆ	W pełni świadomy Podsypiający, reagujący na głos Bez reakcji	2 1 0														
SpO <sub>2</sub>	> 92 % przy oddychaniu powietrzem > 90 % przy stosowaniu tlenoterapii < 90 % przy stosowaniu tlenoterapii	2 1 0														
Premedykacja: _____ o godz.: _____  Wstrzymać przyjmowanie posiłków od godziny: _____ plynów od godziny: _____	Data:    /    /  Godzina:    :															

Konsultujący anestezjolog (podpis, pieczęć)

