



imię i nazwisko

data urodzenia

wiek

waga/wzrost

W razie jakichkolwiek wątpliwości w odpowiedziach na pytania, proszę zgłosić ten fakt Anestezjologowi!

1. Czy leczy się Pan/i z jakiegoś powodu?

TAK/NIE

proszę podać powód

2. Czy miał(a) Pan (i) jakieś problemy z uśpieniem (narkozą)?

TAK/NIE

Jeżeli TAK to jakie.....

3. Czy występują u Pana/Pani dolegliwości ze strony układu krążenia?

TAK/NIE

Jeżeli TAK to jakie (proszę zakreślić): przebyty zawał mięśnia sercowego (rok)....., nadciśnienie tętnicze, ból w okolicy serca, niemierny bicie serca, wada serca, inne

4. Czy choruje Pan/i na gruźlicę, astmę, zapalenie płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, inne choroby układu oddechowego? TAK/NIE

(jeżeli TAK proszę zakreślić i podać kiedy zdiagnozowano problem)

5. Czy ma Pan/i żylaki podudzi?

TAK/NIE

6. Czy choruje Pan/i na cukrzycę?

TAK/NIE

Jeżeli TAK – od kiedy..... / proszę wymienić przyjmowane leki:

7. Czy choruje/wał Pan/i na choroby nerek?

TAK/NIE

Jeżeli TAK – od kiedy.....

8. Czy leczy/ł się Pan/i z powodu chorób tarczycy?

TAK/NIE

9. Czy leczy/ł się Pan/i z powodu chorób wątroby: żółtaczką, kamica?

TAK/NIE

Jeżeli TAK – od kiedy.....

10. Czy cierpi Pan/i na choroby krwi i układu krzepnięcia?

TAK/NIE

11. Czy chorował/a Pan/i na żółtaczkę zakaźną, WZW?

TAK/NIE

Jeżeli TAK – to kiedy.....



12. Czy jest Pan/i uczulony/a na jakieś substancje, leki? TAK/NIE

Jeżeli TAK – to jakie.....

12. Czy doznał/a Pan/i urazu głowy, utraty świadomości, drgawek? TAK/NIE

13. Czy leczy się Pan/i z powodu chorób neurologicznych? TAK/NIE

14. Czy ma Pan/i wyjmowane protezy zębowe, chwiejące się zęby, szkła kontaktowe, aparat słuchowy? TAK/NIE

15. Czy pali Pan/i papierosy? TAK/NIE

Jeżeli TAK – to ile szt. dziennie

16. Czy spożywa Pan/i alkohol TAK/NIE

Jeżeli TAK – to ile ml/tydz.....

17. Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE

18. Czy był/a Pan.i leczony/a w szpitalu? TAK/NIE

Jeżeli TAK - proszę podać kiedy i z jakiego powodu.....

19. Czy był/a Pan/i kiedykolwiek operowany/a? TAK/NIE

Jeżeli TAK – proszę podać powód i rok operacji

.....

20. Czy wystąpiły u Pana/i jakiegokolwiek powikłania po operacji? TAK/NIE

Jeżeli TAK – to jakie

21. Czy wystąpiły jakiegokolwiek powikłania związane ze znieczuleniem u Pana/i lub rodziny? TAK/NIE

Jeżeli TAK – to jakie

22. Czy w ciągu ostatnich 10 dni zażywał Pan/i takie leki jak: aspiryna, ketonal, ibuprofen? TAK/NIE

23. Inne dolegliwości nie wymienione w kwestionariuszu:

.....
.....
.....



**TOMASZEWSKI
MEDICAL CENTER**

**KARTA PREMEDIKACYJNA
OCENY
ANESTEZJOLOGICZNEJ
PACJENTA**

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że nie będę spożywać posiłków i płynów przez okres ostatnich 6 godzin przed operacją.

Pytania zrozumiałem/am i odpowiedzi udzieliłem/am zgodnie z prawdą.

data i podpis lekarza

data i podpis pacjenta

Na powyższe pytania odpowiedziałem (am) zgodnie z prawdą. Lekarz anestezjolog
przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą zagadnienia związane ze znieczuleniem do operacji. Podczas rozmowy mogłem(am)
pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzajów znieczulenia, związanego z nimi ryzyka oraz innych okoliczności
przed i pooperacyjnych. Nie mam więcej pytań.

data i podpis lekarza

data i podpis pacjenta



**TOMASZEWSKI
MEDICAL CENTER**

**KARTA PREMEDIKACYJNA
OCENY
ANESTEZJOLOGICZNEJ
PACJENTA**

WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG:

ASA.....

Tryb operacji.....

Skala Mallampati 1 / 2 / 3

Nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych:

.....
.....
.....

RTG KLP prawidłowe/ odchylenia:

.....
.....
.....

Inne:

.....
.....
.....

Zalecona premedykacja:

.....
.....
.....



**TOMASZEWSKI
MEDICAL CENTER**

**KARTA PREMEDIKACYJNA
OCENY
ANESTEZJOLOGICZNEJ
PACJENTA**

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA

**Niniejszym wyrażam zgodę na proponowany rodzaj znieczulenia do zabiegu operacyjnego:
(znieczulenie ogólne, krótkotrwałe znieczulenie ogólne dożylnie, znieczulenie regionalne,
znieczulenie podpajeczynówkowe, znieczulenie zewnątrzoponowe, znieczulenie zewnątrzoponowe
ciągle, znieczulenie CSE, znieczulenie łączne-ogólne i rdzeniowe*)**

Jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (infuzje płynów, krwi i preparatów krwiopochodnych, leczenie krążeniowe i oddechowe, kaniulację żył centralnych, kaniulację tętnicy) w trakcie i po zabiegu.

Wyrażam również zgodę na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia. Jednocześnie stwierdzam, że zostałem/am poinformowany/na o ryzyku proponowanego rodzaju znieczulenia, możliwych powikłaniach, alternatywnych sposobach znieczulenia, jak również uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na moje pytania.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji.

*należy zaznaczyć proponowany rodzaj znieczulenia

data i podpis lekarza

data i podpis pacjenta