

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko PESEL.....

Adres zamieszkania.....Telefon.....

Wzrost (w cm).....Masa ciała (w kg).....Zastosowany środek przeczyszczający.....

Osoba upoważniona do otrzymywania informacji n/t stanu zdrowia i przeprowadzonych zabiegów:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej.....Telefon.....

Proszę uprzejmie o wypełnienie ankiety. Jej rzetelne, zgodne z prawdą wypełnienie ułatwia kwalifikację do zabiegu i wybór zastosowanego znieczulenia . W razie jakichkolwiek problemów ze zrozumieniem pytania i udzieleniem odpowiedzi proszę o kontakt z lekarzem lub pielęgniarką endoskopową przed badaniem. **Odpowiedź właściwą zakreślamy kółkiem.**

1. Czy wykonane miał Pan/Pani w przeszłości znieczulenie? TAK NIE
2. Czy zaobserwowano podczas znieczulenia nietypowe reakcje? TAK NIE
Jeśli tak, jakie
3. Czy choruje Pan / Pani na choroby układu krążenia? (nadciśnienie tętnicze, przebyty zawał serca, zapalenie mięśnia sercowego, kardiomiopatia, zaburzenia rytmu, wada serca, zatorowość płucna; ma wszczepiony kardiostymulator???) TAK NIE
Jeśli tak, proszę wymienić
4. Czy choruje Pan / Pani na choroby naczyń (żylaki, przebyte zakrzepowe zapalenia żył) TAK NIE
Jeśli tak, proszę wymienić.....
5. Czy choruje Pan / Pani na choroby układu oddechowego (astma oskrzelowa, gruźlica, POChP, rozedma, itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, proszę wymienić
6. Czy choruje Pan / Pani na schorzenia endokrynologiczne (choroby tarczycy, przynależne, nadnerczy, przysadki, itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, jakie
7. Czy choruje Pan /Pani na choroby wątroby (marskość, wirusowe zapalenie wątroby, itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, jakie
8. Czy choruje Pan / Pani na choroby nerek (niewydolność nerek, kamica moczowa, zakażenia dróg moczowych, itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, jakie
9. Czy choruje pan na choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa, otyłość, itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, jakie
10. Czy choruje Pan / Pani na choroby hematologiczne (niedokrwistość, plamica, hemofilia, itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, jakie
11. Czy choruje Pan / Pani na choroby neurologiczne (stwardnienie rozsiane, stan po udarze mózgu, padaczka, niedowład, itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, jakie
12. Czy choruje Pan / Pan na choroby alergiczne (pokrzywka, wyprysk, astma, alergia pokarmowa, alergia wziewna, alergiczny nieżyt nosa i spojówek, itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, jakie
13. Czy choruje Pan / Pani na schorzenia oczu (jaskra, niedowidzenie itp.)? TAK NIE
Jeśli tak, jakie

14. Czy choruje Pan / Pani na choroby nowotworowe? TAK NIE
Czy był u Pana / Pani stwierdzony kiedykolwiek nowotwór? Jeśli tak, jaki i kiedy
.....
Czy w rodzinie występują choroby nowotworowe? TAK NIE
Jeśli tak, jakie i u którego członka rodziny:
15. Czy przyjmuje Pan / Pani leki na stałe? TAK NIE
Jeśli tak, proszę wymienić (nazwy, dawki)
.....
.....
16. Czy jest Pan / Pani uczulona na jakieś leki? środki dezynfekcyjne?
Jeśli tak, jakie (proszę wymienić).....
17. Czy stosuje Pan / Pani używki:
Papierosy.....TAK..... NIE.....ilość dziennie.....od ilu lat.....
Alkohol.....TAK.....NIE.....jaki.....objętość tygodniowo.....
Narkotyki.....TAK.....NIE
18. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE jeśli tak to w którym tygodniu.....
19. Czy karmi Pani piersią? TAK NIE
20. Czy ma Pan / Pani protezę zębową? Ruchome (niestabilne) zęby? TAK NIE
21. Czy był Pan / Pani operowana? TAK NIE
Jeśli tak, to z jakiego powodu i kiedy
.....
.....
22. Czy chorował Pan/ Pani na jakieś poważne choroby zakaźne TAK NIE
Wirusowe zapalenie wątroby B, C, D („żółtaczka”),gruźlica
23. Czy jest Pan / Pani zakażony/-a wirusem HIV? TAK NIE
24. Czy był Pan / Pani szczepiona na wirusowe zapalenie wątroby typu B? TAK NIE
Jeśli tak, kiedy i ile razy
25. Czy w ostatnim okresie czasu (6 miesięcy) był Pan / Pani hospitalizowany? TAK NIE
Jeśli tak, kiedy.....
26. Czy miał pan / Pani wykonane kiedykolwiek przetoczenia krwi lub preparatów
krwipochodnych? TAK NIE Jeśli tak, kiedy
27. Czy w ostatnim czasie miał Pan / Pani wykonane zabiegi stomatologiczne, tatuaże, czy też
kosmetyczne, podczas których mogło dojść do skaleczenia? TAK NIE
Jeśli tak, jakie

Proszę podać najczęstsze dolegliwości ze strony układu pokarmowego:

Bóle brzucha	Tak	Nie	Lokalizacja:
Brak łaknienia	Tak	Nie	Od kiedy
Spadek masy ciała	Tak	Nie	Od kiedy : ile kg:
Zaparcia stolca	Tak	Nie	Od kiedy: ile razy w tygodniu:
Biegunka	Tak	Nie	Od kiedy: ile razy dziennie:
Krew w/na stolcu	Tak	Nie	Od kiedy:
Wzdęcia brzucha	Tak	Nie	Od kiedy:
Zgaga	Tak	Nie	Od kiedy: ile razy w tygodniu:
Nudności, wymioty	Tak	Nie	Od kiedy: ile razy w tygodniu:
Zaburzenia połykania	Tak	Nie	Od kiedy: stałe / okresowe
Dolegliwości nocne	Tak	Nie	

WAŻNIE INFORMACJE DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN DOTYCZĄCE CHORYCH, U KTÓRYCH BYŁA ZASTOSOWANA ANALGOSEDACJA (ZNIECZULENIE)

Po zabiegu w analgosedacji (znieczuleniu) pacjent musi mieć zagwarantowany powrót do domu pod opieką w pełni sprawnej, odpowiedzialnej i pełnoletniej osoby !!!

W ciągu 2 godzin po badaniu w znieczuleniu nie wolno przyjmować pokarmów i płynów.

W ciągu 12 godzin od zabiegu nie wolno:

- 1. Prowadzić żadnych pojazdów**
- 2. Obsługiwać skomplikowanych urządzeń**
- 3. Spożywać alkoholu**
- 4. Podejmować ważnych decyzji mających skutki prawne**
- 5. Wykonywać jakichkolwiek innych czynności, które wymagają pełnej sprawności psychofizycznej**

Przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i potwierdzam, że udzieliłem/udzieliłam odpowiedzi zgodnie z posiadaną wiedzą i nie zataiłem/ nie zataiłam żadnych wiadomości mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo przeprowadzanego zabiegu.

Zapoznałem/ zapoznałam się z cennikiem badań i zabiegów endoskopowych, akceptuję warunki finansowe.

Poznań, data.....

Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego.....

ZGODA NA ZABIEG MEDYCZNY W ANALGOSEDACJI.

Ja (imię i nazwisko).....

Wyrażam zgodę na proponowaną procedurę medyczną:

A. **Gastroskopia**

B. **Kolonoskopia**

Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia (analgozedacji).

A. **TAK**

B. **NIE**

Decyzję swoją podjąłem/-am z pełną świadomością, po uzyskaniu przystępnej i zrozumiałej dla mnie informacji o aktualnym stanie mojego zdrowia, przekazanej mi przez lekarza leczącego i po przeprowadzonej konsultacji z lekarzem wykonującym badanie. Przedstawiono mi możliwe procedury diagnostyczne, lecznicze oraz wskazania do przeprowadzenia badań i wdrożenia odpowiedniego leczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach diagnostyczno - terapeutycznych, o stopniu ryzyka, a także możliwych następstwach i powikłaniach proponowanego zabiegu oraz analgozedacji. Miałam/miałem możliwość zadawania pytań. Rozumiem, że przewidywany jest korzystny wynik zabiegu; nie może być on jednak zagwarantowany. W chwili obecnej podpisując ten dokument nie jestem pod wpływem środków zmieniających świadomość. Zespołowi lekarskiemu pozostawiam konieczne do poprawy mojego stanu zdrowia decyzje diagnostyczno-terapeutyczne w trakcie trwania znieczulenia (np. pobranie materiału do badań histopatologicznych, usunięcie polipów, zastosowanie koagulacji argonowej, klipsów metalowych, markerów endoskopowych, itp).

.....

.....

Poznań dnia

Podpis pacjenta (czytelny)

Udzieliłem informacji o proponowanym zabiegu oraz znieczuleniu(wypełnia lekarz).

.....

.....

Poznań dnia

Podpis i pieczęć lekarza wykonującego zabieg

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Klasa ASA

Pacjent kwalifikuje się do postępowania w trybie ambulatoryjnym.

.....

.....

Poznań dnia

Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa