

SPZZOZ w Nisku, Nr ks. rej.: 000000010158  
 ul. Kościuski 1, 37-400 Nisko  
 NIP 8652074945 REGON 000306680  
 Świadczenia Ambulatoryjne  
 kod res.V:03 - Dział Diagnostyczny  
 kod res.VII: 022 - Pracownia endoskopowa  
 tel: 15 841 67 28

### ANESTEZJOLOGICZNA KARTA KWALIFIKACJI DO ZNIECZULENIA

Data badania:	Imię:	Nazwisko:	Wiek:	Waga:
Rozpoznanie:			PESEL:	
Planowany zabieg:				
Data zabiegu:	Ocena ryzyka (wg skali ASA):	Rodzaj znieczulenia:	RR:	Tętno:

#### WYWIAD

<i>Wypełnia pacjent (zakreślić prawidłową odpowiedź)</i>	<i>UWAGI</i>
Czy leczy się Pan/i na choroby układu oddechowego? (astma oskrzelowa, POChP itp.)	TAK/NIE
Czy leczy się Pan/i na choroby układu sercowo-naczyniowego? (nadciśnienie tętnicze, zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, wada serca itp.)	TAK/NIE
Czy leczy się Pan/i na choroby neurologiczne? (padaczka, utrata przytomności itp.)	TAK/NIE
Czy leczy się Pan/i na choroby zakaźne? (WZW, HIV itp.)	TAK/NIE
Czy leczy się Pan/i na choroby endokrynologiczne? (cukrzyca, choroby tarczycy itp.)	TAK/NIE
Czy leczy się Pan/i na choroby oczu?	TAK/NIE
Czy leczy się Pan/i na coś uczulona? (proszę podać objawy uczulenia)	TAK/NIE
Czy przyjmuje Pan/i na stałe jakieś leki?	TAK/NIE
Czy ma Pan/i jakieś nałogi? (papierosy, alkohol, narkotyki itp.)	TAK/NIE
Czy przechodził/a Pan/i jakieś operacje?	TAK/NIE
Czy przebieg dotychczasowych znieczuleń był powikłany?	TAK/NIE
Inne, wcześniej niewymienione urazy, pobyty w szpitalu?	TAK/NIE
Czy w ostatnich 2 tygodniach zażywał/a Pan/i jakiś antybiotyk?	TAK/NIE
Czy jest Pan/i pod stałą opieką poradni specjalistycznej?	TAK/NIE

<b>Poinformowany/a o ryzyku znieczulenia potwierdzam prawidłowość informacji podanych w wywiadzie i ankiecie</b>	Czytelny podpis Pacjenta:	Pieczętka i podpis Lekarza:
--	---------------------------	-----------------------------

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno/operacyjnego w znieczuleniu dożylnym /analgesedacji/ sedacji. Zostałem/am poinformowany/a o problemach związanych ze znieczuleniem, w szczególności dotyczących sposobu znieczulenia, jego wad i zalet oraz ewentualnych zagrożeń z nim związanych. Zgadzam się ponadto na wszelkie niezbędne postępowanie anestezjologiczne, poprzedzające znieczulenie i towarzyszące mu, jak również na zmianę rodzaju znieczulenia, wynikającą z sytuacji medycznej.**

Data:	Czytelny podpis Pacjenta:	Pieczętka i podpis Lekarza:
-------	---------------------------	-----------------------------

Termin konsultacji anestezyjologicznej: .....

## **Zalecenia dla Pacjenta przed badaniem endoskopowym w znieczuleniu**

1. Pacjent zgłasza się na konsultację anestezyjologiczną z wynikami badań laboratoryjnych oraz posiadaną dokumentacją medyczną (na przykład karty informacyjne z leczenia szpitalnego) do pracowni endoskopowej w wyznaczonym terminie.
2. Badania laboratoryjne, które należy obowiązkowo wykonać na 2-3 dni przed konsultacją anestezyjologiczną:
  - morfologia;
  - sód;
  - potas;
  - EKG i poziom glikemii na czczo u Pacjentów powyżej 40 roku życia;
  - TSH w przypadku chorób tarczycy.
3. Pacjenci powinni dokładnie znać nazwy i dawki przyjmowanych leków, a najlepiej posiadać ich spis.
4. Pacjenci z chorobami wymagającymi stałego, regularnego przyjmowania leków (na przykład nadciśnienie tętnicze, choroby serca, padaczka i inne) w dniu badania powinni zażyć poranną dawkę leku, popijając bardzo małą ilością wody niegazowanej.
5. Pacjenci leczeni doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi proszeni są o nieprzyjmowanie ich w dniu badania.
6. Zabrania się spożywania pokarmów na 8 godzin a płynów na 2 godziny przed badaniem endoskopowym.
7. Na badanie endoskopowe prosimy o przybycie z osobą towarzyszącą.
8. Po badaniu endoskopowym wykonanym w znieczuleniu ogólnym

**ZABRANIA SIĘ PROWADZENIA POJAZDÓW MECHANICZNYCH W DNIU ZABIEGU.**

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z powyższym  
zakazem i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

*Data i czytelny podpis*