

## KWESTIONARIUSZ ANESTEZJOLOGICZNY (Skierowanie do Poradni Anestezjologicznej)

Imię \_\_\_\_\_ Planowana operacja \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Data operacji \_\_\_\_\_  
Rozpoznanie ICD - 10 \_\_\_\_\_ Podpis i pieczęć lekarza \_\_\_\_\_

Poniższe informacje na temat znieczulenia i leczenia bólu pooperacyjnego przedstawione są w formie skróconej. Szczegółowe informacje na ten temat uzyska Pani/Pan podczas przedoperacyjnej rozmowy z lekarzem anestezjologiem. W czasie tej rozmowy można zadawać pytania i otrzymać wyjaśnienia dotyczące wszystkich nurtujących Panią/Pana wątpliwości.

Na stronie czwartej umieszczona jest anestezjologiczna ankieta przedoperacyjna, którą należy wypełnić oraz przedstawić anestezjologowi w dniu wizyty przedoperacyjnej.

### Szanowna Pani / Szanowny Panie

Do przeprowadzenia zabiegu/badania, do którego się Pani/Pan przygotowuje konieczne jest zastosowanie **znieczulenia**, tak aby podczas zabiegu/badania pacjent **nie odczuwał bólu, nie poruszał się** i w większości przypadków **spał**.

Przed planowanym zabiegiem/badaniem spotka się Pani/Pan z **lekarzem anestezjologiem**, który zaproponuje i omówi **najlepszy rodzaj znieczulenia**, uwzględniający stan Pani/Pana zdrowia i rodzaj planowanego zabiegu/badania. Aby zaakceptować proponowany rodzaj znieczulenia, musi Pani/Pan potwierdzić ten fakt **swoim podpisem** w poniższym formularzu

**Osobą odpowiedzialną** za wybór rodzaju znieczulenia, jego przeprowadzenie, a także utrzymanie podczas zabiegu/badania życiowo ważnych funkcji organizmu (oddychanie, krążenie) jest **lekarz anestezjolog**.

Anestezjolog zleci też tzw. **premedykację** zmniejszającą uczucie niepokoju, występujące typowo w okresie przedoperacyjnym. Premedykację otrzyma Pani/Pan około 1 godz. przed początkiem planowanego zabiegu/badania. Ponieważ stosowane w tym przypadku leki uspokajające mogą powodować senność i zawroty głowy, dlatego przed ich przyjęciem należy załatwić wszystkie czynności toaletowe, **a po przyjęciu pozostawać w łóżku**.

### Należy przestrzegać poniższych zaleceń:

- ✓ **Powstrzymać się od spożywania pokarmów stałych minimum 6 godzin** przed planowanym początkiem zabiegu/badania, aby po podaniu środków znieczulających, które powodują zniesienie odruchów obronnych, nie doszło do przedostania się treści pokarmowej z żołądka do płuc. **Takie powikłanie może być nawet śmiertelne!**
- ✓ **Do 2 godzin przed operacją** w trybie planowym **można pić** płyny klarowne (w tym woda, klarowne soki oraz herbata lub kawa **bez mleka!** Ilość określi lekarz anestezjolog).
- ✓ **O przyjmowanych lekach** należy poinformować anestezjologa.
- ✓ Przed przewiezieniem na salę operacyjną należy wyjąć protezy zębowe, zdjąć okulary, usunąć soczewki kontaktowe, aparaty słuchowe, biżuterię (kolczyki, łańcuszki, pierścionki, obrączki).
- ✓ Usunąć makijaż oraz lakier z paznokci

W czasie zabiegu/badania anestezjolog **kontroluje pracę ważnych dla życia narządów**, dlatego po ułożeniu Pani/Pana na stole operacyjnym:

- ✓ Do klatki piersiowej zostaną przyklejone elektrody EKG, przy pomocy których będzie oceniana czynność serca.
- ✓ Na ramię zostanie założony mankiet aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi.
- ✓ Na palec ręki zostanie założony czujnik umożliwiający pomiar zawartości tlenu we krwi.
- ✓ Ewentualnie dodatkowo na palcach dłoni umieszczony zostanie czujnik pomiaru zwiątczenia mięśni, a na czoło przyklejone zostaną elektrody do oceny stanu świadomości.

**Pielęgniarka anestezjologiczna** założy do jednej z żył plastikową igłę (wenflon) celem podawania leków i płynów.

W szczególnych przypadkach, przed operacją może być konieczne przeprowadzenie **dodatkowych inwazyjnych zabiegów**, o których poinformuje Panią/Pana anestezjolog.

## Rodzaje znieczulenia

**Znieczulenie ogólne (narkoza) – dożylnie lub wziewne** – wyłącza świadomość i zdolność odczuwania bólu w całym organizmie. Pacjent znajduje się od początku do końca znieczulenia ogólnego w stanie podobnym do głębokiego snu. Wprowadzenie w taki stan osiąga się przez dożylnie podanie odpowiednich leków. W większości przypadków konieczne jest wprowadzenie rurki intubacyjnej do tchawicy. Tą drogą prowadzone jest oddychanie, a także podtrzymywane znieczulenie za pomocą mieszaniny tlenu/powietrza i wziewnych środków znieczulających. Potrzebne leki, płyny, a jeżeli istnieją wskazania również preparaty krwi, pacjent otrzymuje przez uprzednio założony do żyły wenflon.

**Znieczulenie przewodowe (regionalne)** – ten rodzaj znieczulenia wyłącza przewodzenie bodźców bólowych z rany operacyjnej do mózgu. Nie potrzeba wówczas podawać tak dużej ilości środków znieczulających działających na cały organizm, wystarczają jedynie niewielkie dawki leków nasennych i/lub uspokajających. Zaletami znieczulenia przewodowego są zachowanie świadomości i własny oddech przy całkowitej bezbolesności, tym samym mniejsze ryzyko powikłań w porównaniu ze znieczuleniem ogólnym – mała dawka pojedynczego leku miejscowo znieczulającego to mała toksyczność. W znieczuleniu ogólnym stosuje się kombinację wielu leków dożylnych i wziewnych. **Blokada zewnątrzoponowa** lub **podpajęczynówkowa** polegająca na punkcji w odpowiednim odcinku kręgosłupa, pozwala na wykonanie operacji kończyn dolnych, bioder lub niektórych zabiegów w obrębie brzucha. **Blokada nerwów obwodowych i splotów nerwowych** – polega na podaniu środka znieczulającego w okolicy splotów lub pni nerwowych unerwiających daną okolicę ciała, np. **blokada splotu barkowego** wyłącza czucie bólu w obrębie górnej kończyny. Efektem tego rodzaju znieczulenia jest także utrzymywanie się działania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym. **Znieczulenie odcinkowe dożylnie** – podanie dożylnie leku miejscowo znieczulającego poniżej opaski uciskowej po jej zaciśnięciu, wyłącza czucie bólu w tej okolicy.

## Działania niepożądane i powikłania związane ze znieczuleniem

**Zabiegom medycznym zawsze towarzyszy ryzyko.** Stopień ryzyka zależy od wielu czynników, między innymi: **choroby podstawowej, chorób towarzyszących, stanu ogólnego i wieku chorego, rozległości i miejsca planowanej operacji, jej nagłości, rodzaju znieczulenia, a wreszcie od doświadczenia i wyszkolenia zespołu leczącego.** Mimo starań ograniczania ryzyka, zawsze mogą pojawić się działania niepożądane lub powikłania. Należy podkreślić, że w zdecydowanej większości przypadków powikłania są następstwem zaburzeń wywołanych przez chorobę podstawową lub schorzenia towarzyszące.

**Działania (reakcje) niepożądane** to niezamierzone i niespodziewane zdarzenia, które pojawiają się w trakcie leczenia. Nie stanowią one istotnego zagrożenia życia i zdrowia oraz w krótkim czasie ustępują najczęściej bez leczenia:

- ✓ Krwiaki podskórne, obrzęk oraz stan zapalny w miejscu wkłucia do żyły.
- ✓ Ból gardła i chrypka związane z wprowadzeniem rurki intubacyjnej do tchawicy.
- ✓ Pooperacyjne nudności i wymioty.
- ✓ Przejściowe obniżenie ciśnienia tętniczego.
- ✓ Zaczernienie skóry, wysypka i świąd, jako reakcja alergiczna na stosowane leki.
- ✓ Przemijające utrudnienie w samodzielnym oddawaniu moczu, co wymaga wprowadzenia cewnika do pęcherza moczowego.

**Powikłania** to bardzo rzadko występujące zdarzenia, które negatywnie wpływają na stan pacjenta i zazwyczaj wydłużają czas jego pobytu w szpitalu:

- ✓ Uszkodzenie zębów w trakcie wprowadzania rurki intubacyjnej do tchawicy, szczególnie w przypadku ruchomych zębów i paradontozy.
- ✓ Uszkodzenie strun głosowych lub tchawicy.
- ✓ Przedostanie się treści żołądkowej do płuc z następnym zapaleniem płuc.
- ✓ Ciężka reakcja uczuleniowa przyjmująca postać wstrząsu anafilaktycznego.
- ✓ Niewydolność oddechowa.
- ✓ Zaburzenia rytmu serca z zatrzymaniem krążenia włącznie w następstwie, którego może dojść do uszkodzenia mózgu, a nawet zgonu.
- ✓ Powikłania zatorowo-zakrzepowe.
- ✓ Udar mózgu.
- ✓ Hipertermia złośliwa – bardzo rzadko.
- ✓ Popunkcyjne bóle głowy po znieczuleniu przewodowym.
- ✓ Krwiak przestrzeni zewnątrzoponowej – bardzo rzadko.
- ✓ Zakażenia miejscowe i ogólne.
- ✓ Zaburzenia czucia, porażenia i niedowłady.
- ✓ Uszkodzenia nerwów i naczyń.
- ✓ Utrata przytomności, drgawki.
- ✓ Odma opłucnowa.

**Znaczne nasilenie w/w zaburzeń może w skrajnych przypadkach prowadzić do konieczności leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii.**

Również zabiegi towarzyszące (założenie cewnika do żyły centralnej czy tętnicy) wykonywane do niektórych zabiegów, niosą za sobą ryzyko wystąpienia powikłań takich jak uszkodzenie nerwów i naczyń, zakażenie miejscowe i uogólnione, powikłania zakrzepowo-zatorowe, krwiaki, odma opłucnowa.

**Ciężkie, zagrażające życiu powikłania** podczas znieczulenia zdarzają się jednak **niezwykle rzadko**. Właściwe przygotowanie pacjentów, przestrzeganie standardów anestezjologicznych oraz współczesne metody znieczulenia **pozwalają zapobiec wystąpieniu powikłań i umożliwiają bezpieczne przeprowadzenie Pani/Pana przez zabieg/badanie**.

## Ból pooperacyjny

Występujące śródoperacyjnie uszkodzenie tkanek wywołuje ból. Nasilenie dolegliwości zależy od rodzaju i rozległości operacji. Dlatego przed, w czasie lub po zabiegu stosuje się odpowiednie **metody leczenia bólu**:

- ✓ Podanie leków przeciwbólowych dożylnie, podskórne lub domięśniowe we wlewie ciągłym lub przerywanym.
- ✓ Znieczulenie zewnątrzoponowe – wprowadzenie do pleców (przestrzeń zewnątrzoponowa) cienkiego cewnika, przez który podawane będą leki przeciwbólowe.
- ✓ Blokady nerwowe – podanie leków przeciwbólowych w okolicy nerwów lub spłotów nerwowych w sposób ciągły lub przerywany.

Leczenie przeciwbólowe może powodować działania niepożądane: nudności, wymioty, nadmierną senność, zaparcia, świąd skóry, reakcje uczuleniowe. Należy poinformować personel medyczny jeżeli zauważy Pani/Pan u siebie jakiegokolwiek niepokojące objawy.

### Ocena stanu ogólnego pacjenta (wypełnia anestezjolog)

Wywiad i badanie przedmiotowe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|              |       |            |       |          |       |            |       |
|--------------|-------|------------|-------|----------|-------|------------|-------|
| Grupa krwi   | _____ | Rh         | _____ | Waga     | _____ | Wzrost     | _____ |
| Hb           | _____ | Glukoza    | _____ | ASA      | _____ | Mallampati | _____ |
| Ht           | _____ | Kreatynina | _____ |          |       |            |       |
| Płytki       | _____ | Potas      | _____ | RTG płuc | _____ |            |       |
|              |       | Sód        | _____ |          |       |            |       |
| APTT (Ratio) | _____ | Inne       | _____ | EKG/ECHO | _____ |            |       |
| INR          | _____ |            |       |          |       |            |       |

Uwagi / Konsultacje \_\_\_\_\_

**W przypadkach uzasadnionych bezpieczeństwem pacjenta** zabieg może zostać przesunięty na inny termin. Najczęstszymi przyczynami takiego postępowania są: obecność niewyrównanej choroby współistniejącej, ostra infekcja, spożyty niedawno posiłek, brak podstawowych badań oraz wysokie ryzyko okołoperacyjne wystąpienia powikłań.

### Zgoda na znieczulenie

*Niniejszym wyrażam zgodę na zaproponowany rodzaj znieczulenia do planowanego zabiegu operacyjnego, jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (infuzje, transfuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia. Jednocześnie oświadczam, że nie ukryłem/łam żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, wyników badań oraz przebiegu dotychczasowego leczenia. Jednocześnie jestem świadomy/a wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/am wystarczającą ilość czasu, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

Na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i przedstawionej dokumentacji medycznej oraz po wyrażeniu świadomej zgody Pacjentka/Pacjent została/-ł zakwalifikowana/-y do znieczulenia \_\_\_\_\_

Premedykacja w dniu: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ podpis anestezjologa \_\_\_\_\_

## ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Czy choruje/chorował Pani/Pan na następujące choroby? (jeżeli tak, proszę podać szczegóły)

**Uwaga! Prawidłową odpowiedź zaznaczyć kółkiem np. ☒ Tak/Nie**

|                                                               |         |
|---------------------------------------------------------------|---------|
| Choroby serca                                                 | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, omdlenia           | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Nadciśnienie tętnicze                                         | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli               | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Inne choroby płuc                                             | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Duszność przy wysiłku lub w nocy                              | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Cukrzyca                                                      | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Choroby gruczołów hormonalnych (np. tarczycy, kory nadnerczy) | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Choroby nerek                                                 | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Kłopoty z oddawaniem moczu                                    | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Padaczka, drgawki, udar, niedowład                            | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Anemia lub inne choroby krwi                                  | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Przebyte transfuzje krwi                                      | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Zaburzenia krzepnięcia krwi                                   | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Żylaki kończyn dolnych                                        | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy                      | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Choroby wątroby (np. marskość, żółtaczkę zakaźną)             | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Choroby mięśni lub ich osłabienie                             | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Choroby kręgosłupa                                            | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |
| Choroby oczu (jaskra, zaćma)                                  | Tak/Nie |
| .....                                                         |         |

|                                                                                      |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Inne poważne schorzenia                                                              | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Uczulenia                                                                            | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| .....                                                                                |         |
| Szczepienia przeciwko żółtaczkę zakaźnej (WZW B)                                     | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Operacje                                                                             | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| .....                                                                                |         |
| .....                                                                                |         |
| Przyjmowane leki, proszę wymienić                                                    | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| .....                                                                                |         |
| .....                                                                                |         |
| Czy pali Pani/Pan papierosy? (ile na dzień/lat)                                      | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Czy pije Pani/Pan alkohol? (jakie ilości na tydzień)                                 | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Czy ma pani/Pan ruchome zęby, mostki, protezy?                                       | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Czy ma Pani/Pan rozrusznik lub jakieś implanty?                                      | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Czy były u Pani/Pana lub członków rodziny jakieś problemy związane ze znieczuleniem? | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Czy potrzebowała Pani/Pan pomocy przy wypełnianiu tego kwestionariusza?              | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| <b>Kobiety:</b> Czy jest Pani w ciąży?                                               | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną lub hormonalną terapię zastępczą?          | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |
| Inne uwagi                                                                           | Tak/Nie |
| .....                                                                                |         |

Data

Podpis

Wypełniony Kwestionariusz proszę przedstawić anesteziologowi w dniu wizyty przedoperacyjnej.