

PEDIATRYCZNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko Pacjenta

Imię i nazwisko Przedstawiciela ustawowego*

PESEL/Data urodzenia Pacjenta*

Adres zamieszkania

Wzrost cm Waga kg ASA

Znieczulenie do zabiegu do badania

Nazwa zabiegu/badania

Szanowni Rodzice/Przedstawiciele ustawowi*,

prosimy o uważne zapoznanie się z informacjami zawartymi w pierwszej części formularza. Zachęcamy do zadawania pytań, które pomogą w zrozumieniu omawianego tematu.

1. Informacje wstępne.

Planowany u Państwa Dziecka zabieg operacyjny (zwany także operacją), wykonuje się w znieczuleniu ogólnym (zwanym potocznie narkozą).

Termin „znieczulenie ogólne” oznacza w pełni kontrolowane i odwracalne zniesienie stanu przytomności i odczuwania bólu. Znieczulenia dokonuje lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką anestezjologiczną.

Podczas znieczulenia Dziecko znajduje się w stanie podobnym do bardzo głębokiego snu. Sen i brak odczuwania bólu są następstwem działania leków, podawanych w formie dożyłnej (przez założoną do żyły obwodowej kaniulę typu wenflon) lub wziewnie (w postaci par gazów anestetycznych, podawanych do oddychania przez zespół anestezjologiczny).

Podczas większości przeprowadzanych znieczuleń Dziecko nie oddycha samo, a czynność tę przejmuje i kontroluje (lub tylko wspomaga) aparat do znieczulenia nadzorowany przez zespół anestezjologiczny. Drogi oddechowe znieczulonego Dziecka łączy wtedy z aparatem do znieczulenia rurka intubacyjna albo maska krtaniowa, zależnie od wskazań. Intubacja, czyli założenie rurki do tchawicy stanowi najpewniejsze zabezpieczenie dróg oddechowych np. przed przedostaniem się tam treści pokarmowej wstecznie z żołądka.

Zespół anestezjologiczny wykonuje również u Pacjentów „sedację”. Jest to wprowadzenie Pacjenta w sen farmakologiczny z zachowanym własnym oddechem w celu przeprowadzenia nieprzyjemnych badań, drobnych zabiegów chirurgicznych obarczonych wielkim bólem oraz wszelakich czynności medycznych wymagających spokoju i bezruchu Pacjenta.

Zespół anestezjologiczny przez cały czas trwania zabiegu w znieczuleniu i sedacji sprawuje nadzór nad uśpionym Pacjentem, kontrolując jego oddech, stan układu krążenia, czuwając nad jego bezpieczeństwem.

* niepotrzebne skreślić

III 1/5

2. Ryzyko związane ze znieczuleniem.

Pomimo wszystkich zabezpieczeń, istnieje pewne ryzyko znieczulenia. Na to ryzyko wpływa wiele czynników; ze strony Pacjenta to niedojrzałość (noworodki), choroby przewlekłe, nakładające się ostre stany infekcji, palenie tytoniu u młodzieży, również narażanie małych Dzieci na przebywanie w atmosferze dymu tytoniowego, zachowanie wymaganego czasu od ostatniego karmienia. Kwalifikacja anestezyjologiczna uwzględnia te wszystkie czynniki, określając stan Dziecka w skali ryzyka okołoperacyjnego, co szereguje w najprostszym sposobie problemy okołoznieczuleniowe i wystąpienie możliwych powikłań. Zabiegi określane jako planowe, u przygotowanych Dzieci, w wybranym najlepszym stanie zdrowia, są obciążone najmniejszą ilością i raczej drobnymi zdarzeniami niepożądanymi. Spośród nich można wymienić: Chrypkę, czyli czasowo zmieniony głos po intubacji, ból gardła, nudności i wymioty (ok. 1:10 znieczulonych). Niewielkiego stopnia reakcje alergiczne na leki skutkujące np. wystąpieniem zaczerwienienia, czy przemijającej wysypki. Uszkodzenia zębów, najczęściej tych ruszających się; dlatego przy rozmowie anestezyjolog zwraca uwagę na istnienie takich zębów. Zasinienie w miejscach wenflonu, wkłucia.

Jesteśmy zobowiązani przedstawić Państwu powikłania poważne, które jednak mogą zdarzyć się podczas znieczulenia niezmiernie rzadko. Są to: zatrzymanie krążenia, zatrzymanie oddechu, skurcz krtani, zachłyśnięcie się treścią żołądkową, zator naczyniowy (zamknięcie istotnego naczynia krwionośnego), wstrząs uczuleniowy jako reakcja nietolerancji na leki anestetyczne czy materiały chirurgiczne. Wymagają one natychmiastowego leczenia i są niebezpieczne dla życia.

Ryzyko śmierci z powodu znieczulenia u zdrowego Dziecka poddawanego małym i średnim zabiegom planowym określa się na mniej niż 1:100 000 (jedno na sto tysięcy) znieczulonych Dzieci (wg The Royal College of Anaesthetists). Ok. 1:10 000 (jedno na dziesięć tysięcy) znieczulonych Dzieci prezentuje poważne reakcje alergiczne.

3. Wskazówki żywieniowe zapobiegające powikłaniom.

Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo Państwa Dziecka prosimy o bezwzględne zastosowanie się do następujących uwag:

- przerwa żywieniowa (odstęp od każdego rodzaju pokarmu, także mleka u niemowląt, czy gęstych soków) to **6 godzin**; należy jej absolutnie przestrzegać
- przerwa żywieniowa dla karmionych piersią niemowląt (od ostatniego karmienia piersią) to **4 godziny**
- w przypadku płynów klarownych (woda, herbata) przerwa wynosi **2 godziny**

Zwykle w przypadku małych Dzieci w zabiegach tzw. jednodniowych pozwalamy na wypicie pół szklanki wody lub herbaty przed wyjściem z domu, szczególnie jeśli Państwo jadą z daleka – **nie później i nie więcej!**

Kontynuowanie stale podawanych leków (np. leczących nadciśnienie czy p/padaczkowych) proszę uzgodnić w trakcie rozmowy z anestezyjologiem – zwykle ich nie odstawiamy.

Proszę poinformować pielęgniarkę lub lekarza na oddziale, jeżeli chcą Państwo przeprowadzić z nami rozmowę wyjaśniającą problemy znieczulenia. Jesteśmy zawsze do Państwa dyspozycji.

BARDZO WAŻNE

Po zabiegu w trybie ambulatoryjnym Dziecko powinno pozostawać w domu pod Państwa opieką przez 24 godziny od czasu zakończenia zabiegu.

Proszę podpisać zgodę na znieczulenie dopiero wówczas, gdy nie mają Państwo żadnych pytań i wątpliwości.

Ankieta anestezyjologiczna służy poprawieniu bezpieczeństwa znieczulenia Państwa Dziecka. Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia. Proszę dokładnie wypełnić ankietę, a wszelkie ewentualne wątpliwości wyjaśni Państwo podczas rozmowy z anestezyjologiem. Zgodę na znieczulenie proszę podpisać w jego obecności.

(Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć X)

1. Czy Dziecko było leczone w ciągu ostatnich dwóch miesięcy? TAK NIE
Z powodu jakiej choroby?
2. Czy Dziecko było szczepione w ciągu ostatnich dziesięciu dni? TAK NIE
3. Czy Dziecko przyjmuje lub przyjmowało ostatnio leki? TAK NIE
Jakie?
4. Czy Dziecko było już kiedyś znieczulane ogólnie do zabiegu lub badania? TAK NIE
Jeżeli tak, to kiedy i dlaczego?
- Czy obserwowano w czasie narkozy szczególne reakcje? TAK NIE
Jeżeli tak, to jakie?
- Czy u bliskich krewnych Dziecka doszło w związku z narkozą do niewyjaśnionych powikłań? TAK NIE
5. Czy Państwa Dziecko otrzymywało kiedyś krew? TAK NIE
6. Czy u Dziecka występują schorzenia mięśni lub osłabienia mięśni (miastenia)? TAK NIE
Czy schorzenia takie występowały lub występują u bliskich krewnych Dziecka? TAK NIE
7. Czy wydolność fizyczna Dziecka jest ograniczona? TAK NIE
Czy Dziecko sinieje przy dużych wysiłkach? TAK NIE
Czy ma silną duszność przy wysiłkach? TAK NIE
Czy Dziecko ma wadę serca? TAK NIE
Jakie?
8. Czy Dziecko choruje na zapalenie oskrzeli? TAK NIE
Czy ma duszności? TAK NIE
Czy choruje na astmę? TAK NIE
Czy choruje na inne schorzenia płuc? TAK NIE
Jakie?
9. Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień? TAK NIE
10. Czy Dziecko cierpi na choroby układu nerwowego lub miało wizyty u neurologa? TAK NIE
Czy ma lub miało drgawki? TAK NIE
Kiedy?
11. Czy Dziecko cierpi na katar sienny? TAK NIE
Czy miało wysypki po lekach lub innych substancjach? TAK NIE
Jakich?

12. Czy Dziecko choruje na: TAK NIE
Cukrzycę lub choroby tarczycy? TAK NIE
Inne schorzenia gruczołów wydzielania wewnętrznego, nietolerancję
fruktozy (cukier owocowy, soki, owoce) TAK NIE
Jakie?
13. Czy Dziecko ma uszkodzone zęby (ruszające się zęby, aparaty
i protezy zębowe)? TAK NIE
14. Dodatkowe informacje (np. nie wymienione tutaj schorzenia poprzedzające
chorobę i/lub kalectwo):
.....

Uwagi lekarza po rozmowie objaśniającej:

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

Zlecona premedykacja:

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

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA* NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

(stanowi integralną część ankiety anestezyjologicznej)

UWAGA! Wykonanie znieczulenia jest procedurą medyczną wymagającą świadomej zgody Pacjenta pełnoletniego, a w przypadku Dzieci jego Przedstawiciela ustawowego (Przedstawicielami ustawowymi Dziecka są Rodzice, chyba, że zostali oni wyrokiem sądu pozbawieni władzy rodzicielskiej).

Aby ułatwić tę decyzję przedstawione zostały Państwu informacje o celu, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego postępowania.

Oświadczenie Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego Pacjenta*

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu w znieczuleniu

W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am możliwość zadania wszelkich pytań dotyczących planowanego zabiegu.

Otrzymałem/am i dokładnie zrozumiałem/am informacje na temat planowanego znieczulenia oraz możliwych do przewidzenia następstw i powikłań.

Treści informujące o znieczuleniu są dla mnie zrozumiałe.

.....
podpis i pieczętka Lekarza

.....
data

.....
podpis Przedstawiciela ustawowego 1

.....
podpis Przedstawiciela ustawowego 2

.....
podpis Pacjenta (powyżej 16 roku życia)

* niepotrzebne skreślić

III 5/5