

**Kwestionariusz  
wyjaśniający wywiad  
oraz zgoda na znieczulanie  
DOROŚLI**



Szpital  
bez bólu

QD-14130

Imię i Nazwisko pacjenta:

(znieczulenie regionalne, przewodowe, nasiętkowe)

PESEL:

Znosi odczuwanie bólu w określonej okolicy ciała lub w bezpośredniej okolicy pola operacyjnego.

Rodzaj znieczulenia:

Zabieg:

I tak znieczulenie spłotu brakowego znosi odczuwanie bólu w zakresie kończyny górnej. W znieczulenie zewnątrz oponowym lub pod pajęczym zablokowane zostają w określonym miejscu nerwy prowadzące odczuwanie bólu od rdzenia kręgowego. W tym celu środek znieczulający wstrzykiwany jest w określoną okolicę kręgosłupa w pobliżu nerwów odpowiedzialnych za odczuwanie bólu. Podawanie tego środka jest bezbolesna, ponieważ miejsce wstrzyknięcia zostaje wcześniej znieczulone.

**SZANOWNY PACJENCIE.**

W przeddzień operacji odwiedzi Pana/Panią lekarz anestezjolog.

Bolesne zabiegi lecznicze i diagnostyczne przeprowadzane będą w znieczuleniu (anestezji).

Za znieczulenie, ale również za utrzymanie w równowadze ważnych dla życia funkcji organizmu (przede wszystkim oddychania i krążenia) odpowiedzialny jest lekarz specjalizujący się w anestezjologii i intensywnej terapii. Pana/Pani współpraca z tym lekarzem służy Pana/Pani bezpieczeństwu.

**Wybór znieczulenia**

Każdy rodzaj znieczulenia ma swoje wady i zalety. Zaproponujemy Panu/Pani taki rodzaj znieczulenia, który będzie najodpowiedniejszy dla przeprowadzenia zabiegu przewidzianego dla Pana/Pani oraz takie, które będzie najmniej obciążające dla organizmu.

**Istnieje kilka sposobów zniesienia bólu:**

**NARKOZA (znieczulenie ogólne)**

Wyłącznie świadomości oraz odczuwanie bólu w całym organizmie. Pacjent od początku do końca zabiegu znajduje się w stanie zbliżonym do spokojnego snu.

Przygotowanie do narkozy (premedycja) będzie dokonywane za pomocą wstrzyknięcia dożylnego środka nasennego, który wystarcza do wykonania krótkiego zabiegu (krótkie znieczulenie dożylnie).

Przy dłuższych zabiegach takie wstrzyknięcia będą powtarzane (narkoza dożylna) lub będzie Pan / Pani wdychać gazowy środek nasenny przez maskę lub rurkę intubacyjną. W znieczuleniu prowadzonym na masce mieszanina wziewnego środka znieczulającego i tlenu podawana będzie do wdychania przez maskę przylegającą do nosa i ust. Jeżeli konieczna będzie intubacja, mieszanina taka podawana będzie przez rurkę założoną do tchawicy po zaśnięciu. Intubacja zapewnia prawidłową wentylację płuc oraz chroni je przed zachłyśnięciem.

Przez jednoczesne podawanie środków zwiotczających mięśnie poprawia się warunki operacyjne oraz zmniejsza całkowita ilość środków podawanych w czasie zabiegu.

**Nie ma zabiegu bez ryzyka**

Ciężkie, zagrażające życiu powikłania znieczulenia u Pacjentów bez dodatkowych obciążeń są rzadkie. Dzisiejsza narkoza poprzez dokładne dawkowanie oraz łączenie różnorodnych środków znieczulających, a także użycie respiratorów zapewnia utrzymanie w trakcie znieczulenia prawidłowego oddychania, krążenia i innych ważnych dla życia funkcji organizmu. Aby zmniejszyć ryzyko powikłań, wszystkie funkcje życiowe są stale obserwowane. Poza tym we współpracy z operatorami sprawdzamy ułożenie chorego na stole operacyjnym, aby zapobiec uszkodzeniu nerwów obwodowych (zaburzeniu czucia, niedowład) powstałe przez ucisk lub rozciąganie. Znieczulenie miejscowe jest ogólnie mniej obciążające dla organizmu. Wbrew sądom większości Pacjentów uszkodzenie nerwów, także przy znieczuleniu zewnątrz oponowym lub pod pajęczym zdarza się wyjątkowo rzadko.

**ZNIECZULENIE MIEJSCOWE**

## Monitorowanie bólu pooperacyjnego.

Ból jest konsekwencją operacji, ale istnieją skuteczne metody jego leczenia.

Po zabiegu będą Panu/Pani zadawane pytania dotyczące odczuwania bólu (opis słowny); skala numeryczna 0 – 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 maksymalne jego natężenie. Te informacje umożliwiają personelowi ocenę bólu tak, by można było zastosować najlepsze leczenie. Otrzyma Pan/ Pani kombinacje terapii przeciwbólowych z wykorzystaniem różnorodnych metod lub leków: farmakoterapia dożylna lub doustna, znieczulenie miejscowe (np.: lek podawany przez cewnik w różne obszary ciała), znieczulenie kontrolowane przez pacjenta (PCA).

Działanie niepożądane będące konsekwencją zabiegu, znieczulenia lub leczenia przeciwbólowego (np.: nudności, senność, zaparcia, świąd skóry) można ograniczyć i należy o nich poinformować personel medyczny.

### Proszę bezwzględnie przestrzegać!

Aby zmniejszyć ryzyko zachłyśnięcia 6-8 godzin przed operacją nie przyjmować żadnych pokarmów i nie pic żadnych płynów.

6 godzin przed operacją powstrzymać się od palenia papierosów.

Wyjmowane części uzębienia prosimy pozostawić na Sali chorych lub przekazać do depozytu na oddziale.

Panie prosimy o nie wykonywanie makijażu, nie malowanie paznokci, a także nie zabieranie na sale operacyjną biżuterii.

### Uwaga!

Rzetelne odpowiedzi na zadawane poniższe pytania pozwolą ustalić potencjalne zagrożenia związane ze znieczuleniem i poprzez to dostosować postępowanie anestezyjologiczne tak, aby zmniejszyć ryzyko do minimum.

W rubryce inne dolegliwości prosimy wpisać wszystko o co nie pytaliśmy, a co wydaje się Panu / Pani ważne i związane jest z obecnym lub przeszłym stanem zdrowia.

### Wywiad dotyczy pacjenta

Wiek:.....lat Wzrost:.....cm Waga.....kg

Czy był Pan / Pani leczony ostatnio z jakiegoś powodu  
 nie  tak

Z powodu jakiej choroby?.....

Czy jest Pani w ciąży?

nie  tak

Czy przed przybyciem do szpitala zażywał Pan/Pani jakieś leki

nie  tak

Jakie leki? Proszę Podać także leki przeciwbólowe, uspokajające, antykoncepcyjne.....  
.....  
.....

Wcześniejsze operacje (przykład: usunięcie pęcherzyka żółciowego 1974 roku)

a)..... w roku.....

b)..... w roku.....

c)..... w roku.....

d)..... w roku.....

Czy wystąpiły wtedy jakieś szczególne zdarzenia związane ze znieczuleniem?

nie  tak

Jakie?.....

Czy u krewnych Pana/Pani wystąpiły jakieś powikłania związane ze znieczuleniem?

nie  tak

Czy miał Pan/Pani transfuzje krwi?

nie  tak

Czy choruje Pan/Pani na którąś z podanych niżej chorób?

Choroby mięśni:  nie  tak

Czy ktoś z krewnych choruje ba chorobę mięśni?

nie  tak

Choroby serca (zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenie rytmu serca, duszności przy wychodzeniu po schodach)

nie  tak

Choroby układu naczyniowego (żylaki, zakrzepica, nadciśnienie tętnicze, niedociśnienie)

nie  tak

nie  tak

Choroby płuc i dróg oddechowych (dusznicza, pylica, zapalenie płuc, astma, rozedma płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli)

nie  tak

Choroby wątroby (żółtaczka, marskość wątroby)

nie  tak

Choroby nerek (zapalenie nerek, kamienie nerkowe)

nie  tak

Choroby przemian materii (cukrzyca, zaburzenia wchłaniania fruktozy, uczulenia na owoce)

nie  tak

Choroby tarczycy (wole)

nie  tak

Choroby oczu (jaskra)

nie  tak

Choroby układu nerwowego (padaczka, porażenie)

nie  tak

Choroby psychiczne (depresja)

nie  tak

Choroby układu kostnego (uszkodzenie kręgosłupa, choroby stawów)

nie  tak

l) Choroby krwi lub układu krwiotwórczego (skłonności do przedłożonych krwawień, krwotoki z nosa)

nie  tak

Choroby alergiczne (katar sienny, nadwrażliwość na pokarmy, leki, plaster)

nie  tak

Jakie?.....

Inne choroby.....

Czy nosi Pan/Pani ruchome części uzębienia?

nie  tak

Rozchwiane zęby?

nie  tak

Przyzwyczajenia:

Czy Pan/Pani pali papierosy?

nie  tak

Czy Pan/Pani pije alkohol?

nie  tak

Czy Pan/Pani jest uzależniony od leków?

Czy Pan/Pani nosi aparat słuchowy?

nie  tak

Inne dolegliwości (np. wypadki, choroby niewymienione powyżej lub obciążenia zawodowe)

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

**Prosimy pytać** lekarza anestezjologa w czasie wizyty poprzedzającej zabieg o wszystko co Pana/Panią interesuje, a ma związek ze znieczuleniem. Na Pana/Pani życzenie udzielimy każdej informacji, także o bardzo rzadkich powikłaniach znieczulenia.

### Oświadczenie

Lekarz anestezjolog Pan/Pani.....  
.....

Na podstawie wyników badań i moich odpowiedzi na zadawane pytania, odbył w dniu dzisiejszym ze mną rozmowę wyjaśniającą w trakcie której przedstawił mi wszystkie problemy związane z czekającym mnie znieczuleniem. Wszystkie wyjaśnienia zrozumiałem/łam. Miałem/łam możliwość uzyskania odpowiedzi na każde moje pytanie, dotyczące w szczególności rodzaju postępowania przewidzianego w moim przypadku, wraz z okresem przed i pooperacyjnym, zabiegami towarzyszącymi i leczeniem uzupełniającym (np.: podciśnienie kontrolowane, przetaczanie płynów i krwi, cewnikowanie dużych naczyń, leczenie pooperacyjne w Oddziale Intensywnej Terapii) i związanego z tym ryzykiem.

Nie mam więcej żadnych pytań albo

Dodatkowo proszę o odpowiedź na pytanie:  
(Proszę wpisać pytanie lub przekreślić tę rubrykę)

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

Uwagi lekarza na temat rozmowy z pacjentem:

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

ASA: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ** na planowany u mnie zabieg

.....  
W znieczuleniu ogólnym w znieczuleniu miejscowym

Data:.....

Zgadzam się również na zabiegi przygotowujące i towarzyszące właściwemu postępowaniu anestezyjologicznemu oraz na możliwe zmiany wynikające ze wskazań lekarskich (zmiana sposobu znieczulenia lub czasu jego trwania).

Data:.....

.....  
Pieczętka, podpis lekarza                      czytelny podpis pacjenta

**NIE WYRAŻAM ZGODY NA:**

.....  
.....

.....  
Pieczętka, podpis lekarza                      czytelny podpis pacjenta

Dotyczy zabiegów ambulatoryjnych

Dla własnego bezpieczeństwa, proszę poinformować lekarza, jeżeli w ciągu ostatnich 6 godzin przyjmował Pan/Pani pokarmy stałe lub płynne.  
Do domu prosimy wracać dopiero wtedy, gdy lekarz uzna to za możliwe i zawsze pod opieką osoby drugiej.  
Z powodu utrzymującego się działania środka znieczulającego dopiero po 24 godzinach może Pan/Pani prowadzić samochód, obsługiwać maszyny, pić alkohol.

Przyjmuje do wiadomości:

Data:.....

.....  
czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej.