

II. Badanie

Waga Wzrost RR HR TEMP

STAN OGÓLNY SERCE

UKŁAD ODDECHOWY INNE

INNE Grupa krwi A, B, 0, AB + / -

Wyniki badań dodatkowych Morf. Krwi: HGB HCT Na/K Cukier Białko

Inne

RTG EKG INR APTT

Klasyfikacja wg ASA/Cardio Ryzyko intubacji wg Malampati

Zdyskwalifikowano ze znieczulenia - powód ponowna kwalifikacja za dni

Zakwalifikowana(y) do znieczulenia

PREMEDYKACJA: w przeddzień

w dniu zabiegu:

INNE ZALECENIA ANESTEZJOLOGA

.....
(pieczęć i podpis anestezjologa)

Premedykację podano: godzina podpis osoby podającej premedykację

Oświadczam, iż zrozumiałam(em) wszystkie pytania zadane przez anestezjologa
i udzieliłam(em) zgodnych z prawdą odpowiedzi. Mogłam / mogłem zadawać pytania i otrzymałam(em) wyczerpujące
odpowiedzi.

.....
(podpis pacjentki/pacjenta/opiekuna)

Wyrażam zgodę na znieczulenie*: OGÓLNE DOTCHAWICZE/TIVA

OGÓLNE DOŻYLNIE

PRZEWODOWE PODPAJĘCZYNÓWKOWE

ZEWNĄTRZOPONOWE

BLOKADA SPLOTU/NERWU

INNE

.....
(podpis i pieczęć anestezjologa)

.....
(podpis pacjentki/pacjenta/opiekuna)

Ostrów Mazowiecka, dnia

W RAZIE BEZPOŚREDNIEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA U CHORYCH NIEPRZYTOMNYCH DECYZJĘ O ZABIEGU
RATUJĄCYM ŻYCIE PODEJMUJĄ OPERATOR I ANESTEZJOLOG!

.....
(podpis i pieczęć anestezjologa)

.....
(podpis operatora)

KARTA PREMEDYKACJI JEST WAŻNA 7 DNI !!!!!!!!!!!!!!!