

Przebieg znieczulenia: data ..... godzina .....

Załącznik 12b do Historii Choroby

1. Leki podane i dawka

-  
-  
-

2. Monitorowanie zastosowane:

3. Uwagi zalecenia:

4. Stan po znieczuleniu (skala Aldreťa)

5. Znieczulenie wykonał (podpis anestezjologa)

6. Pacjentkę/pacjenta przekazano pod opiekę (podpis)

### KONSULTACJA LEKARZA ANESTEZJOLOGA O MOŻLIWOŚCI OPUSZCZENIA ODDZIAŁU PRZEZ PACJENTKĘ/PACJENTA

Dotyczy pacjentów opuszczających szpital po pierwszej dobie po wykonanym zabiegu!

Data ..... godzina .....

Stan pacjenta:

Podpis anestezjologa:

## KARTA OCENY ANESTEZJOLOGICZNEJ I ZNIECZULENIA - ZABIEGI KRÓTKOTRWAŁE

### Szanowni Państwo.

Zostaliście zakwalifikowani do wykonania zabiegu lub procedury diagnostycznej, wykonanie której wiąże się z odczuciem bólu, dyskomfortem, nieprzyjemnymi doznaniem. Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu podczas tych zabiegów. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podawanie leków p.bólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie) pacjenta. Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym - obejmujące tylko określoną część ciała (tylko w niewielkim stopniu obciążające organizm). Anestezjolog nadzoruje ponadto czynność organizmu (serca, płuc) podczas zabiegu i natychmiast leczy powstałe powikłania.

Karta ta służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie jak najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego.

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero w jego obecności.

Proszę pamiętać przed zabiegiem o wyjęciu protez zębowych, zdjęciu biżuterii, zmyciu makijażu i lakieru do paznokci.

Nazwisko ..... Imię .....

Data urodzenia ..... Wzrost ..... Waga .....

Adres zamieszkania .....

**KONTAKT Z DYŻURNYM ANESTEZJOLOGIEM:**  
**TEL: 29 746 37 29 ZGŁOSI SIĘ ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII**

CZY BYŁ(A) PAN(I) JUŻ OPEROWANY(A)?

1. KIEDY ..... JAKIE ZNIECZULENIE .....

2. KIEDY ..... JAKIE ZNIECZULENIE .....

3. KIEDY ..... JAKIE ZNIECZULENIE .....

CZY DOBRZE ZNIÓSŁ(A) PAN(I) ZNIECZULENIE TAK NIE

CZY CHORUJE PAN (I) NA JAKIEKOLWIEK CHOROBY? TAK NIE

JEŚLI TAK, TO PROSZĘ WYMIENIĆ:

JAKIE LEKI PAN(I) OBECNIE STOSUJE?

CZY ROZPOZNAWANO U PANA(I) NASTĘPUJĄCE CHOROBY? (JEŚLI TAK,  
TO PROSZĘ PODKREŚLIĆ): 1. CUKRZYCA, 2. JASKRA, 3. ASTMA,  
4. CHOROBY KRWI, 5. MIASTENIA, 6. PADACZKA,  
7. CHOROBY MIĘŚNI, 8. PORFIRIA.

CZY WYSTĘPUJĄ U PANA(I) UCZULENIA TAK NIE  
JEŚLI TAK, TO NA CO?

CZY ZAŻYWA PAN(I) ŚRODKI NASENNE, P.DEPRESYJNE? TAK NIE  
JEŚLI TAK, TO JAKIE?

JAK CZĘSTO? .....

CZY PRZYJMUJE PAN(I) LEKI HORMONALNE? TAK NIE  
JEŚLI TAK TO ILE DZIENNIE? .....

O KTÓREJ GODZINIE PAN(I) OSTATNI RAZ JADŁ(A)? ..... PIŁ(A) .....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

DR ..... PRZEPROWADZIŁ ZE MNĄ DZISIAJ  
ROZMOWĘ WYJAŚNIAJĄCĄ PROBLEM ZNIECZULENIA DO ZABIEGU.  
PODCZAS ROZMOWY MOGŁEM(AM) PYTAĆ O WSZYSTKIE  
INTERESUJĄCE MNIE PROBLEMY DOTYCZĄCE RODZAJU  
ZNIECZULENIA ZWIĄZANEGO Z TYM RYZYKIEM ORAZ INNYCH  
OKOLICZNOŚCI PRZED I PO ZNIECZULENIU.  
NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ

## ZGODA NA ZNIECZULENIE

NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA ZNIECZULENIE OGÓLNE DOŻYLNIE  
/REGIONALNE\* DO ZABIEGU:

.....  
JAK RÓWNIEŻ NA TOWARZYSZĄCE TEMU POSTĘPOWANIU  
INFUZJE, TRANSFUZJE, LECZENIE KRAŻENIOWE, ODDECHOWE  
W CZASIE, PO ZABIEGU LUB ROZSZERZENIE POSTĘPOWANIA  
ANESTEZJOLOGICZNEGO (W TYM ZMIANĘ RODZAJU ZNIECZULENIA).

.....  
PODPIS LEKARZA

.....  
PODPIS PACJENTA

OSTRÓW MAZOWIECKA, DNIA .....