**ZNIECZULENIE – KWALIFIKACJA I ZGODA**

|  |
| --- |
| **Dane Pacjenta** *(wypełnia przedstawiciel ustawowy)* |
| **Imię:** |  | **Numer kartoteki:** |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |
| **Nazwisko:** |  | **Płeć:** | **🞎 M 🞎 K** |
| **Data urodzenia:** |  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  | **PESEL\*:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dzień** |  | **Miesiąc** |  | **Rok** |
|  \*) w przypadku noworodka numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu wi potwierdzającego tożsamość wpisać poniżej: |
| Rodzaj i numer dokumentu na podstawie którego stwierdzono tożsamość: |  |
| **Adres zamieszkania /Oddział:** |  |
| **Masa ciała [kg]:** |  | **Wzrost [cm]:** |  |
| **ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA** |
| Prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety przed rozmową z lekarzem anestezjologiem zaznaczając TAK lub NIE. Prosimy o podanie dodatkowych szczegółów tam, gdzie to konieczne. Jeśli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z anestezjologiem. Prosimy o dostarczenie kart wypisowych z pobytów szpitalnych i ewentualnych zaświadczeń od specjalistów/ wyników badań. |
| **Informacje o stanie zdrowia** (nie dotyczy przypadku **ponownego** znieczulenia w trakcie tej samejhospitalizacji) |
| Czy Państwa Dziecko rozwija się prawidłowo?  | □ TAK |  □ NIE |
| Czy jest coś, co sprawia mu problemy (np. trudności z poruszaniem, zaburzenia połykania, niedosłuch, inne)? |
|  |
| Czy Państwa Dziecko było już kiedyś operowane w znieczuleniu/ znieczulane z innych przyczyn? Jeżeli NIE to można pominąć następne pytanie. | □ TAK | □ NIE |
| Jeżeli TAK to, kiedy i z jakiego powodu? |
| Czy w trakcie dotychczasowych znieczuleń były jakieś problemy (np. kłopotyz wybudzaniem, wymioty, problemy z oddychaniem, chrypka, inne)? | □ TAK | □ NIE | □ Nie dotyczy |
| Jeżeli TAK to, jakie? |
| Czy u Państwa lub krewnych były jakieś problemy związane ze znieczuleniem? | □ TAK | □ NIE |
| Jeżeli TAK to, kiedy, jakie, u kogo? |
| Czy Państwa Dziecko jest pod opieką specjalisty? | □ TAK | □ NIE |
| Jeżeli TAK to, jakiego i z jakiego powodu?… |
| Ile razy do roku Państwa dziecko choruje na przeziębienia, anginę, zapalenie oskrzeli/ płuc, inne ? Kiedy ostatnio ? |  |
| Czy Państwa Dziecko przyjmuje obecnie jakieś leki?  | □ TAK | □ NIE |
| Nazwa, dawka, ile razy, kiedy ? |
| Czy Państwa Dziecko w ciągu ostatniego miesiąca miało kontakt z chorobą zakaźną? (ospa wietrzna, krztusiec, odra, świnka, różyczka, inne)? | □ TAK | □ NIE |
| Jaką, kiedy? |
| Czy Państwa Dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? | □ TAK | □ NIE |
| Gdy szczepienie odbyło się w ostatnich 2 tyg. to kiedy i jaką szczepionką? |
| Czy było szczepione przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) ? | □ TAK | □ NIE |
| **Czy u Państwa dziecka rozpoznawano obecnie lub kiedykolwiek, któreś z poniższych?:** |
| Problemy z oddychaniem (np. świszczący oddech, ciężki oddech, duszność) | □ TAK | □ NIE |
| W jakich okolicznościach (np. infekcja, wysiłek, sen, karmienie, inne) ? |
| Głośne chrapanie, bezdechy w nocy, budzi się spocone z lękiem, nie wysypia się | □ TAK | □ NIE |
| Sinicę (sine usta, paznokcie) | □ TAK | □ NIE |
| Uczulenie/ Alergię – zmiany na skórze, katar, uporczywy kaszel | □ TAK | □ NIE |
| Jeżeli TAK to, na jakie substancje, w jakich okolicznościach? |
| Rozpoznaną astmę oskrzelową | □ TAK | □ NIE |
| Problemy z sercem (wada serca, zaburzenia rytmu, szmer, inne) | □ TAK | □ NIE |
| Jakie, kiedy? |
| Padaczkę | □ TAK | □ NIE | Napad padaczki w ostatnich 6 miesiącach | □ TAK | □ NIE |
| Drgawki gorączkowe | □ TAK | □ NIE | Inne choroby układu nerwowego | □ TAK | □ NIE |
| Jakie? |
| Utratę przytomności | □ TAK |  □ NIE | Uraz głowy | □ TAK | □ NIE |
| Cukrzycę |  □ TAK |  □ NIE | Chorą tarczycę | □ TAK | □ NIE |
| Inne choroby hormonalne | □ TAK | □ NIE |
| Jakie? |
| Czy przyjmuje doustne środki antykoncepcyjne? | □ TAK | □ NIE |
| Dotyczy miesiączkujących dziewczynek Test ciążowy : wykonano  | □ TAK | □ NIE |
| Choroby nerek, dróg moczowych | □ TAK | □ NIE |
| Jakie, kiedy? |
| Zapalenie wątroby lub inne choroby wątroby (żółtaczka i inne) | □ TAK | □ NIE |
| Jakie, kiedy? |
| Problemy z niespodziewanym krwawieniem u dziecka(krwawienia z nosa, siniaki, przedłużone krwawienie przy skaleczeniu, inne): | □ TAK | □ NIE |
| Problemy z krwawieniem u Państwa krewnych? | □ TAK | □ NIE |
| Jakie, u kogo? |
| Problemy z zębami (np. ruszające się zęby, aparaty ortodontyczne, protezy) | □ TAK | □ NIE |
| Jakie, kiedy? |
| **Czy u dziecka lub u Państwa krewnych rozpoznano/podejrzewano?** |
| Choroby mięśni | □ TAK | □ NIE | Gorączkę złośliwą | □ TAK | □ NIE | Porfirię | □ TAK | □ NIE |
| Jeżeli inne, to, jakie? |
| Czy macie Państwo inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka? | □ TAK | □ NIE |
| Jakie? |
| *Data, imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa osoby wypełniającej ankietę* | *Pieczątka i podpis lekarza weryfikującego ankietę* |

|  |
| --- |
| **Dane medyczne dotyczące Pacjenta** *(wypełnia lekarz anestezjolog)* |
| **ROZPOZNANIE** |  |
| **Planowany zabieg:** |  |
| Data zabiegu: | **d** | **d** | / | **m** | **m** | / | **r** | **r** | **r** | **r** | Tryb: | 🞎 Planowy | 🞎 Nagły |
| □ Cechy infekcji  | □ Uczulenie na latex | □ Astma oskrzelowa | □ Ryzyko krwawienia | □ Pełny żołądek/aspiracja |
| □ Sterydoterapia | □ Ryzyko IZW | □ Trudna intubacja | □ Hipertermia złośliwa | □ Inne……………… |
| Uczulenia inne niż na latex: | □ TAK | □ NIE |
| Jakie? |
| Górne drogi oddechowe prawidłowe | □ TAK | □ NIE | Mallampati (I, II, III, IV) | ……… |
| Uwagi: |
| Układ oddechowy prawidłowy | □ TAK | □ NIE |
| Czy opiekunowie palą papierosy? | □ TAK | □ NIE |
| Układ krążenia prawidłowy | □ TAK | □ NIE |
| NYHA: | I II III IV | Uwagi: |
| Stan neurologiczny prawidłowy | □ TAK | □ NIE |
| PONV\* *(skala 1 do 4 punktów)* TAK, jeżeli 2 lub więcej punktów | □ TAK | □ NIE |
| *\*1p -wiek ≥ 3 lat; 1p -operacja >30 min; 1p -PONV w wywiadzie –również u rodziców i rodzeństwa; 1p -operacja zeza* |
| Inne istotne odchylenia w badaniu fizykalnym | □ TAK | □ NIE |
| Jakie? |
| Problemy w trakcie poprzednich znieczuleń: |  |
| Istotne odchylenia w badaniach dodatkow.: |  |
| Konieczne dodatkowe badania/ konsultacje: |  |
| **KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA:** | □ Zakwalifikowany | □ Zakwalifikowany warunkowo do zniecz. ogólnego  |
| □ Niezakwalifikowany | □ Zakwalifikowany warunkowo do zniecz. regionalnego |
| Przyczyna dyskwalifikacji/ kwalifikacji warunkowej: |
|  |
| Uwagi (np. specyficzne wymagania dotyczące znieczulenia, ułożenia pacjenta itp.): |
|  |
| *Data*  | *Pieczątka i podpis anestezjologa* |

**ZGODA NA ZNIECZULENIE i ZWIĄZANE Z NIM ZABIEGI**

|  |
| --- |
| **Rozmowa wyjaśniająca z anestezjologiem** |
| Podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem konieczna jest obecność jednego z rodziców. Postępowanie anestezjologiczne zostanie przedstawione również dziecku w formie adekwatnej do jego wieku. |
| **Proponowane znieczulenie (wypełnia lekarz anestezjolog):** |
| **□** ogólne □ sedacja/analgosedacja □ blokady centralne □ blokady obwodowe □ inne□ Inne niezbędne procedury, w tym:□ Intubację tchawicy □ Cewnikowanie dużych żył □ Cewnikowanie tętnicy | *Data, podpis i pieczątka lekarza anestezjologa* |
| Stwierdzam, że wyjaśniono istotę znieczulenia oraz zabiegów dodatkowych |
| Zakwalifikowano pacjenta wg ASA do grupy | I II IIIa IIIb IV V |
| **Wypełniają przedstawiciele ustawowi pacjenta*****(proszę podpisać niniejszą zgodę po przeprowadzonej rozmowie wyjaśniającej z lekarzem)*** |
| Oświadczamy, że: znamy treść dokumentu „ Znieczulenie dziecka - informacja dla rodziców”* Zostały nam wyjaśnione: sposób znieczulenia dziecka, ryzyko proponowanej metody znieczulenia, alternatywne sposoby postępowania, wszelkie możliwe do przewidzenia powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące (w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi).
* Mieliśmy możliwość zadawania pytań. Na nasze pytania uzyskaliśmy całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienie.W przypadku dalszych pytań możemy się w każdej chwili zwracać do lekarza prowadzącego leczenie, a poprzez niego do anestezjologa.
* Przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego udzieliłem/-am lekarzowi pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały zadane przez lekarza w trakcie wywiadu lekarskiego.

Po wnikliwym namyśle wyrażamy zgodę na:* Zastosowanie, proponowanego naszemu dziecku, sposobu znieczulenia.
* Wykonanie zabiegów związanych ze znieczuleniem, wyjaśnionych nam przez lekarza.

Zrozumieliśmy, że:* Znieczulenie będzie wykonane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii
* Dodatkowe procedury medyczne uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra naszego dziecka.
* Istnieje ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie znieczulenia, o których zostaliśmy poinformowani.
 |
| Uwagi *(proszę wpisać, jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na jakieś postępowanie):* |
| **Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (np. matki, ojca, opiekuna prawnego)\*\*** |  | **Podpis, data:** |  |
| **Imię i nazwisko drugiego przedstawiciela ustawowego, jeśli występuje.** |  | **Podpis, data:** |  |
| **Zgoda pacjenta (jeśli ukończył 16 lat):**  | **Podpis, data:** |  |
| **Oświadczam, iż poinformowałam/-em pacjenta,/ jego przedstawicieli ustawowych o planowanym sposobie zabiegu oraz pouczyłam/em o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.** **Imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji:** | **(podpis, pieczątka, data)** |

 Ja niżej podpisany/a, przedstawiciel ustawowy wyżej wymienionego dziecka potwierdzam, że odbyłem rozmowę z lekarzem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, dotyczącą proponowanego znieczulenia i/lub związanych z nim zabiegów:

***\*\*UWAGA*** *- w przypadku, gdy tylko jeden z uprawnionych przedstawicieli ustawowych podpisuje zgodę, podpisujący zgodę oświadcza, że nieobecny przedstawiciel ustawowy nie wyraża sprzeciwu na przeprowadzenie procedury.*

*Wynik klasyfikacji ASA (American Society of Anesthesiology) jest miarą określającą, czy pacjent jest wystarczająco zdrowy, by mógł bezpiecznie zostać poddany operacji
i znieczuleniu. Klasyfikacja Stanu Fizycznego Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologicznego (ASA) jest narzędziem wykorzystywanym w przygotowaniu do operacji, aby pomóc przewidzieć ryzyko u danego pacjenta: im niższy wynik tym mniesze ryzyko*

*Załącznik Klasyfikacja ASA*

*Podstawa prawna: Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. nr 52, poz. 417 z dnia 31 marca 2009 roku
z póź. zmianami)*