

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO ZABIEGU ENDOSKOPII

INFORMACJE WSTĘPNE- *wypełnia pacjent*

Istotne jest skrupulatne wypełnienie ankiety, ponieważ na jej podstawie lekarz może dobrać odpowiedni rodzaj znieczulenia. Prosimy więc o nie zatajanie jakichkolwiek faktów, a jeśli posiadacie Państwo dodatkowe informacje nie zawarte w pytaniach ankiety, które Państwa zdaniem będą miały wpływ na przebieg operacji, prosimy o ich podanie. Podane w ankiecie informacje objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską.

Nazwisko..... Imię.....

PESEL..... Wzrost..... Waga..... Tel.....

Rodzaj planowanego zabiegu.....

Uwagi lekarza prowadzącego:

- Brak uwag,
- Stwierdzone uwagi:

.....

W celu ostatecznego zakwalifikowania pacjenta do zabiegu konieczne jest przeprowadzenie rozmowy z lekarzem anestezjologiem, która odbywa się, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, minimum na 7 dni przed zabiegiem po wcześniejszym telefonicznym ustaleniu terminu lub wyjątkowo w przeddzień zabiegu. Rozmowa ma na celu ocenę stopnia ryzyka planowanego znieczulenia, aktualną ocenę stanu zdrowia pacjenta, analizę wyników badań oraz ewentualne zlecenie kolejnych badań diagnostycznych, mających na celu zakwalifikowanie lub zdyskwalifikowanie pacjenta z wykonania w Szpitalu zabiegu operacyjnego.

Uwagi lekarza anestezjologa:

- Brak uwag,
- Stwierdzone uwagi:

.....

W celu należytego przygotowania się do zabiegu **konieczne jest przestrzeganie zaleceń zgodnie z poradnikiem dla pacjenta – „PRZYGOTOWANIE PRZED ZABIEGAMI”** dostępnym w dziale Planowania Zabiegów oraz na stronie www.lukasza.pl, a także należy przestrzegać zaleceń dotyczących przyjmowania leków.

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL.....



Szpital Świętego Łukasza S.A. (dawniej Szpital Świętego Łukasza BGL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością S.K.A.)

ul. Bystrzańska 94b, 43-309 Bielsko-Biała, NIP: 5472145493, REGON: 243161232, KRS: 0000656269, nr konta: 22 8131 0005 0016 3011 2000 0010

Planowanie Zabiegów +48 33 819 95 24, planowanie@lukasza.pl, Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl, fax 33 819 95 31, www.lukasza.pl

Podpis proszę złożyć w obecności anestezjologa!

Zgoda na znieczulenie

do zabiegu endoskopii

jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, transfuzje, stosowanie potrzebnych leków) w czasie trwania oraz po zabiegu endoskopii.

Zgadzam się na uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o proponowanym znieczuleniu, miałem(am) nie skrepowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem(am) wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym(a) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Zobowiązuję się na 6 godzin przed planowanym znieczuleniem nie będę przyjmował(a) żadnych pokarmów oraz w ciągu 4 godzin – płynów.

W przypadku wypisu w dniu zabiegu, po znieczuleniu nie można prowadzić pojazdów, obsługiwać skomplikowanych urządzeń, podejmować ważnych życiowo decyzji.

Po zabiegu konieczny jest transport samochodem do domu przez inną osobę.

W przypadku planowanego wypisu ze Szpitala św. Łukasza w dniu zabiegu prosimy Państwa o zapewnienie towarzystwa osoby dorosłej w drodze do domu i przez 24 godziny od zakończenia zabiegu w domu.

.....
data i czytelny podpis pacjenta(ki)

.....
data i czytelny podpis opiekuna prawnego

.....
data i podpis lekarza

(*) właściwe podkreślić

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL.....

Szpital Świętego Łukasza S.A. (dawniej Szpital Świętego Łukasza BGL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością S.K.A.)

ul. Bystrzańska 94b, 43-309 Bielsko-Biała, NIP: 5472145493, REGON: 243161232, KRS: 0000656269, nr konta: 22 8131 0005 0016 3011 2000 0010

Planowanie Zabiegów +48 33 819 95 24, planowanie@lukasza.pl, Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl, fax 33 819 95 31, www.lukasza.pl

Ankieta anestezyjologiczna – wypełnia pacjent. Ankieta dotyczy okresu całego życia.

Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania, właściwą odpowiedź należy zakreślić X.

Czy pozostaje Pan/ Pani pod opieką lekarza specjalisty?

TAK NIE

- kardiologa
 neurologa
 pulmonologa
 innego (wymienić)

Czy zażywał Pan/ Pani leki w ostatnich dniach lub tygodniach?

TAK NIE

Jeśli TAK, proszę wymienić:

.....

Przebyte wcześniej operacje i pobyty w szpitalach

TAK NIE

Proszę podać rodzaj operacji i rok, w którym się odbyła:

.....

Czy wystąpiły powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia (miejscowego, ogólnego)?

TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?

.....

Czy coś szczególnego wydarzyło się w związku ze znieczuleniem w członków najbliższej rodziny?

TAK NIE

Jeśli tak, to co to było

.....

Czy przetaczano Panu/ Pani krew lub preparaty krwiopochodne?

TAK NIE

Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi lub preparatów krwiopochodnych?

TAK NIE

Jeśli TAK, to jakie?

.....

Dotyczy kobiet: czy może być Pani aktualnie w ciąży?

TAK NIE

Czy stwierdzono u Pana/ Pani wcześniej lub obecnie

chorobę któregoś z podanych poniżej układów lub narządów?

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

- Zaburzenie rytmu serca TAK NIE
 Wada TAK NIE
 Dusznica TAK NIE
 Zawał serca (rok) TAK NIE
 Zapalenie mięśnia sercowego TAK NIE
 Wysokie ciśnienie krwi TAK NIE
 Niskie ciśnienie krwi TAK NIE
 Dusznica w czasie wchodzenia po schodach
 TAK NIE
 Kurcze łydek TAK NIE
 Zakrzepica krwi TAK NIE
 Zaburzenia przepływu krwi TAK NIE
 Stan po reanimacji TAK NIE
 Inne:.....

WEWNĄTRZNACZYNIOWE

- Stent wewnątrznaczyński TAK NIE
 Data założenia.....
 Typ stentu
 Embolizowany tętniak TAK NIE
 Data embolizacji.....
 Żylaki TAK NIE

UKŁAD ODDECHOWY

- Przewlekłe zapalenie oskrzeli TAK NIE
 Astma oskrzelowa TAK NIE
 Zapalenie płuc TAK NIE
 Gruźlica TAK NIE
 Rozedma płuc TAK NIE
 Inne:.....

WĄTROBA

- Żółtaczka mechaniczna TAK NIE
 Żółtaczka zakaźna TAK NIE
 Marskość wątroby TAK NIE
 Stwardnienie wątroby TAK NIE
 Stłuszczenie wątroby TAK NIE
 Kamica pęcherzyka żółciowego TAK NIE
 Inne:.....

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL.....

Szpital Świętego Łukasza S.A. (dawniej Szpital Świętego Łukasza BGL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością S.K.A.)

ul. Bystrzańska 94b, 43-309 Bielsko-Biała, NIP: 5472145493, REGON: 243161232, KRS: 0000656269, nr konta: 22 8131 0005 0016 3011 2000 0010

Planowanie Zabiegów +48 33 819 95 24, planowanie@lukasza.pl, Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl, fax 33 819 95 31, www.lukasza.pl

NERKI

Podwyższone wartości kreatyniny TAK NIE
 Dializowanie TAK NIE
 Zapalenie nerek TAK NIE
 Kamica nerkowa TAK NIE
 Infekcje dróg moczowych TAK NIE
 Inne:.....

PRZEWÓD POKARMOWY

Choroba wrzodowa TAK NIE
 Zwężenia TAK NIE
 Refluks przełykowy TAK NIE
 Zapalenie jelit TAK NIE
 Biegunki TAK NIE
 Krwawienia TAK NIE
 Inne:.....

TRZUSTKA

Ostre zapalenie trzustki TAK NIE
 Przewlekłe zapalenie trzustki TAK NIE
 Inne:.....

PRZEMIANA MATERII

Cukrzyca TAK NIE
 Dna moczanowa TAK NIE
 Otyłość TAK NIE
 Porfiria TAK NIE
 Inne:.....

TARCZYCA

Nadczynność TAK NIE
 Niedoczynność TAK NIE
 Wole (powiększenie) TAK NIE
 Inne:.....

UKŁAD KOSTNY I STAWOWY

Choroby kości TAK NIE
 Choroby stawów TAK NIE
 Dyskopatie i inne choroby kręgosłupa TAK NIE
 Zwężenia TAK NIE
 Inne:.....

UKŁAD NERWOWY

Padaczka TAK NIE
 Porażenia i niedowłady TAK NIE
 Depresje TAK NIE
 Nerwice TAK NIE
 Bezsенność TAK NIE
 Bóle głowy TAK NIE
 Udar mózgu TAK NIE

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL

Inne:.....

NARZĄD WZROKU

Zaćma TAK NIE
 Jaskra TAK NIE
 Soczewki kontaktowe TAK NIE
 Odwarstwienie siatkówki TAK NIE
 Wylewy krwawe do twardówki TAK NIE
 Inne:.....

KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

Zaburzenia krzepnięcia TAK NIE
 Częste krwawienia z nosa TAK NIE
 Skłonność do powstawania siniaków TAK NIE
 Wybroczyny TAK NIE
 Inne:.....

MIĘŚNIE

Oslabienie mięśni/miastenia TAK NIE
 Bóle mięśni TAK NIE
 Inne:.....

Czy u najbliższych członków rodziny występowały choroby mięśni?

TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?.....

CHOROBY ZAKAŻNE PRZEBYTE

WZW A/B/C TAK NIE
 AIDS/ Nosicielstwo HIV TAK NIE

UCZULENIA

Katar sienny TAK NIE
 Soja TAK NIE
 Białko jaja TAK NIE
 Leki (jakie?.....) TAK NIE
 Sierść zwierząt, kurcz TAK NIE
 Jod TAK NIE
 Przylepiec TAK NIE
 Latex TAK NIE
 Inne:.....

INNE CHOROBY

TAK NIE

Jeśli TAK, to jakie?

ZABURZENIA SŁUCHU

Aparat słuchowy TAK NIE
 Choroby ucha TAK NIE
 Inne:.....

Szpital Świętego Łukasza S.A. (dawniej Szpital Świętego Łukasza BGL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością S.K.A.)

ul. Bystrzańska 94b, 43-309 Bielsko- Biała, NIP: 5472145493, REGON: 243161232, KRS: 0000656269, nr konta: 22 8131 0005 0016 3011 2000 0010

Planowanie Zabiegów +48 33 819 95 24, planowanie@lukasza.pl, Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl, fax 33 819 95 31, www.lukasza.pl

CHOROBY ZĘBÓW

Zęby ruchome TAK NIE
 Protezy zębowe TAK NIE
 Implanty TAK NIE

PALENIE TYTONIU

TAK NIE

Jaki rodzaj tytoniu i w jakich ilościach Pan/ Pani pali?

Od kiedy Pan/ Pani pali / ile lat?

SPOŻYWANIE ALKOHOLU

Rzadko TAK NIE
 Regularnie TAK NIE
 W małych ilościach..... ml/ tydz.

DOTYCZY DZIECI:

Urodziło się o czasie TAK NIE

Urodziło się przedwcześnie TAK NIE

Poród powikłany TAK NIE

Jeśli tak, to jakie powikłania?.....

Wady wrodzone TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?.....

Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich 6 tygodni?

TAK NIE

Rodzaj szczepionki.....

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

SCHORZENIA WYMAGAJĄCE LECZENIA PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM DO SZPITALA

PROPONOWANE KONSULTACJE:

Brak modyfikacja leczenia nadciśnienia tętniczego modyfikacja leczenia cukrzycy

Kardiologiczna.....

Pulmonologiczna.....

.

Inne:

W badaniu fizykalnym:

-bez odchyień do normy TAK NIE

-odchylenia do normy TAK NIE

Chory został zakwalifikowany do znieczulenia w trybie planowym. Może być przyjęty do Szpitala na zabieg endoskopowy.

Chory nie kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego z powodu:

Data oraz pieczętka i podpis lekarza ____/____/201__r.....

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL.....

Szpital Świętego Łukasza S.A. (dawniej Szpital Świętego Łukasza BGL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością S.K.A.)

ul. Bystrzańska 94b, 43-309 Bielsko-Biała, NIP: 5472145493, REGON: 243161232, KRS: 0000656269, nr konta: 22 8131 0005 0016 3011 2000 0010

Planowanie Zabiegów +48 33 819 95 24, planowanie@lukasza.pl, Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl, fax 33 819 95 31, www.lukasza.pl

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PRZESZŁOŚCI PACJENTA – wypełnia pacjent

dotyczy okresu 6-ciu miesięcy przed przyjęciem do Szpitala św. Łukasza wraz z oceną ryzyka wystąpienia zakażenia

Nazwisko..... Imię..... Data urodzenia.....

| | | TAK | NIE | Punkty Tak 1/NIE 0 |
|-----|---|-----|-----|--------------------------|
| 1. | Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby? Kiedy..... | | | |
| 2. | Czy jest Pan(i) zaszczepiony(a) przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby? Kiedy..... | | | Nie podlega punktacji |
| 3. | Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w innych szpitalach? Kiedy....., Gdzie..... | | | |
| 4. | Czy miał(a) Pan(i)O przetaczaną krew? Kiedy....., Gdzie..... | | | |
| 5. | Czy przechodził(a) Pan(i) zabiegi naruszające powłoki skórne? (biopsje, punkcje, akupunktura, szczepienia, operacje) Kiedy....., Gdzie..... | | | |
| 6. | Czy miał(a) Pan(i) wykonywane badania endoskopowe? /np. jelita grubego, żołądka, oskrzeli/ Kiedy....., Gdzie..... | | | |
| 7. | Czy korzystała Pan(i) z usług gabinetów ginekologicznych? (zabiegi ginekologiczne, położnictwo), stomatologicznych? (ekstrakcja zęba, plomba), okulistycznych? (usuwanie ciała obcego z oka itp.) Kiedy....., Gdzie..... | | | |
| 8. | Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów kosmetycznych? Czy posiada Pan(i) tatuaż? Kiedy....., Gdzie wykonany | | | |
| 9. | Czy choruje Pan(i) na chorobę nowotworową? Aktualna radioterapia, chemioterapia, sterydoterapia? | | | |
| 10. | Czy choruje Pan(i) na chorobę metaboliczną- cukrzyca, dna, otyłość, niedożywienie? | | | |
| 11. | Czy choruje Pan(i) na astmę, niewydolność oddechową, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc)? | | | |
| 12. | Zaburzenia odporności (np. częste infekcje) | | | |
| 13. | Przebyta gruźlica | | | |
| 14. | Nawrotowe procesy zapalne: zapalenie migdałków, zakażenie dróg moczowych, zatok, przydatków, czyraki, owrzodzenia | | | |
| 15. | Urazy otwarte (z uszkodzeniem skóry) | | | |
| 16. | Próchnica zębów | | | |
| 17. | Zaburzenia krzepnięcia krwi | | | |
| 18. | Przewlekła niewydolność nerek /dializoterapia/ | | | |
| 19. | Odleżyny; choroby skóry /np. łuszczyca/ | | | |
| 20. | Nałogi (alkohol, niktynizm, środki odurzające) | | | |
| 21. | Alergie | | | |
| 22. | Wiek> 65 lat | | | |

.....
data i czytelny podpis pacjenta(ki)

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL.....