

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.....

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:

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.....

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 skrupowaną 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.....

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 TAK NIE

Zaburzenie rytmu serca TAK NIE

Wada TAK NIE

Dusznicza TAK NIE

Zawał serca (rok) TAK NIE

Zapalenie mięśnia sercowego TAK NIE

Wysokie ciśnienie krwi TAK NIE

Niskie ciśnienie krwi TAK NIE

Duszność 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 TAK NIE

Stent wewnątrznaczyniowy TAK NIE

Data założenia.....

Typ stentu

Embolizowany tętniak TAK NIE

Data embolizacji.....

Żylaki TAK NIE

.....

UKŁAD ODDECHOWY TAK NIE

Przewlekłe zapalenie oskrzeli TAK NIE

Astma oskrzelowa TAK NIE

Zapalenie płuc TAK NIE

Gruźlica TAK NIE

Rozedma płuc TAK NIE

Inne:.....

WĄTROBA TAK NIE

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.....

NERKI **TAK** **NIE**

Podwyższone wartości kreatyniny **TAK** **NIE**

Dializowanie **TAK** **NIE**

Zapalenie nerek **TAK** **NIE**

Kamica nerkowa **TAK** **NIE**

Infekcje dróg moczowych **TAK** **NIE**

Inne:.....

PRZEWÓD POKARMOWY **TAK** **NIE**

Choroba wrzodowa **TAK** **NIE**

Zwężenia **TAK** **NIE**

Refluks przełykowy **TAK** **NIE**

Zapalenie jelit **TAK** **NIE**

Biegunki **TAK** **NIE**

Krwawienia **TAK** **NIE**

Inne:.....

TRZUSTKA **TAK** **NIE**

Ostre zapalenie trzustki **TAK** **NIE**

Przewlekłe zapalenie trzustki **TAK** **NIE**

Inne:.....

PRZEMIANA MATERII **TAK** **NIE**

Cukrzyca **TAK** **NIE**

Dna moczanowa **TAK** **NIE**

Otyłość **TAK** **NIE**

Porfiria **TAK** **NIE**

Inne:.....

TARCZYCA **TAK** **NIE**

Nadczynność **TAK** **NIE**

Niedoczynność **TAK** **NIE**

Wole (powiększenie) **TAK** **NIE**

Inne:.....

UKŁAD KOSTNY I STAWOWY **TAK** **NIE**

Choroby kości **TAK** **NIE**

Choroby stawów **TAK** **NIE**

Dyskopatie i inne choroby kręgosłupa **TAK** **NIE**

Zwichnięcia **TAK** **NIE**

Inne:.....

UKŁAD NERWOWY **TAK** **NIE**

Padaczka **TAK** **NIE**

Porażenia i niedowłady **TAK** **NIE**

Depresje **TAK** **NIE**

Nerwice **TAK** **NIE**

Bezsenność **TAK** **NIE**

Bóle głowy **TAK** **NIE**

Udar mózgu **TAK** **NIE**

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL

Inne:.....

NARZĄD WZROKU **TAK** **NIE**

Zaćma **TAK** **NIE**

Jaskra **TAK** **NIE**

Soczewki kontaktowe **TAK** **NIE**

Odwartwienie siatkówki **TAK** **NIE**

Wylewy krwawe do twardówki **TAK** **NIE**

Inne:.....

KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY **TAK** **NIE**

Zaburzenia krzepnięcia **TAK** **NIE**

Częste krwawienia z nosa **TAK** **NIE**

Skłonność do powstawania siniaków **TAK** **NIE**

Wybroczyny **TAK** **NIE**

Inne:.....

MIĘŚNIE **TAK** **NIE**

Osłabienie 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 **TAK** **NIE**

WZW A/B/C **TAK** **NIE**

AIDS/ Nosicielstwo HIV **TAK** **NIE**

UCZULENIA **TAK** **NIE**

Katar sienny **TAK** **NIE**

Soja **TAK** **NIE**

Białko jaja **TAK** **NIE**

Leki (jakie?.....) **TAK** **NIE**

Sierść zwierząt, kurz **TAK** **NIE**

Jod **TAK** **NIE**

Przylepiec **TAK** **NIE**

Latex **TAK** **NIE**

Inne:.....

INNE CHOROBY **TAK** **NIE**

Jeśli TAK, to jakie?
.....
.....

ZABURZENIA SŁUCHU **TAK** **NIE**

Aparat słuchowy **TAK** **NIE**

Choroby ucha **TAK** **NIE**

Inne:.....

CHOROBY ZĘBÓW

	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zęby ruchome	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Protezy zębowe	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Implanty	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

PALENIE TYTONIU

	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jaki rodzaj tytoniu i w jakich ilościach Pan/ Pani pali?		

 Od kiedy Pan/ Pani pali / ile lat?

SPOŻYWANIE ALKOHOŁU

	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Rzadko	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Regularnie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W małych ilościach..... ml/ tydz.		

DOTYCZY DZIECI:

Urodziło się o czasie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
-----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Urodziło się przedwcześnie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Poród powikłany	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------------	-------------------------------------

 Jeśli tak, to jakie powikłania?.....

Wady wrodzone	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	-------------------------------------

 Jeśli tak, to jakie?.....

 Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich 6 tygodni?

	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	-------------------------------------

 Rodzaj szczepionki.....

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG**SCHORZENIA WYMAGAJĄCE LECZENIA PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM DO SZPITALA****PROPONOWANE KONSULTACJE:**

<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> modyfikacja leczenia nadciśnienia tętniczego	<input type="checkbox"/> modyfikacja leczenia cukrzycy
--------------------------------------	---	--

<input type="checkbox"/> Kardiologiczna.....	
--	--

<input type="checkbox"/> Pulmonologiczna.....	
---	--

<input type="checkbox"/> Inne:	
--------------------------------	--

<input type="checkbox"/> W badaniu fizykalnym:	
--	--

-bez odchyień do normy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

-odchylenia do normy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> Chory został zakwalifikowany do znieczulenia w trybie planowym. Może być przyjęty do Szpitala na zabieg endoskopowy.

<input type="checkbox"/> Chory nie kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego z powodu:

Data oraz pieczętka i podpis lekarza _____/_____/201____r.....

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL.....

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, nikotynizm, środki odurzające)			
21.	Alergie			
22.	Wiek> 65 lat			

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

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL.....