

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO ZABIEGU ENDOSKOPII W ZNIECZULENIU

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 badania, prosimy o ich podanie. Podane w ankiecie informacje objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską.

Nazwisko..... Imię.....

PESEL..... Wzrost Waga Telefon.....

Adres.....

Rodzaj planowanego zabiegu.....

Uwagi lekarza prowadzącego:

☐ Brak uwag,

☐ Stwierdzone uwagi:.....

W celu ostatecznego zakwalifikowania pacjenta do badania endoskopowego w znieczuleniu konieczne jest przeprowadzenie rozmowy z lekarzem anestezjologiem. 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 badania endoskopowego w znieczuleniu.

Uwagi lekarza anestezjologa:

☐ Brak uwag,

☐ Stwierdzone uwagi:.....

W przypadku badania endoskopowego w znieczuleniu konieczny jest przyjazd do szpitala wraz z osobą towarzyszącą.

Na 3 - 5 dni przed przystąpieniem do badania kolonoskopii konieczne jest wykonanie badań z krwi oraz posiadanie wyników tych badań w dniu przeprowadzania badania kolonoskopii:

- ☐ morfologia krwi,
- ☐ wskaźnik INR,
- ☐ czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)

Imię pacjenta.....Nazwisko pacjenta.....



CERTYFIKAT
AKREDYTACJI
NAZANY PRZEZ
MINISTRA ZDROWIA



System
certyfikacji
ISO 9001:2015



Szpital św. Łukasza S.A., ul. Bystrzańska 94B, 43-309 Bielsko-Biała,
KRS: 0000656269, REGON: 243161232, NIP: 5472145493
Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, Wydział VIII Gospodarczy KRS
Kapitał Zakładowy: 176 500,00 zł, opłacony w całości

Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl



Ankieta anestezjologiczna – 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 (wymieńcie)

Czy przyjmuje 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 u członków rodziny?

TAK NIE

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

Data ostatniej miesiączki:

Czas trwania miesiączki:

Czy stwierdzono u Pana/ Pani wcześniej lub obecnie chorobę któregoś z podanych poniżej układów lub

Imię pacjenta.....Nazwisko pacjenta.....

str. 2 z 4

narządów?

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

Zaburzenie rytmu serca	TAK	NIE
Wada serca lub naczyń	TAK	NIE
Choroba niedokrwienna serca	TAK	NIE
Zawał serca (rok)	TAK	NIE
Zapalenie mięśnia sercowego	TAK	NIE
Nadciśnienie	TAK	NIE
Niskie ciśnienie krwi	TAK	NIE
Duszność w czasie wchodzenia po schodach (do II piętra)	TAK	NIE
Zakrzepica krwi	TAK	NIE
Miażdżyca naczyń	TAK	NIE
Stan po reanimacji	TAK	NIE
Stymulator serca	TAK	NIE
Inne:.....		

WEWNĄTRZNACZYNIOWE

Stent wewnątrznaczyiniowy	TAK	NIE
Data założenia.....		
Embolizowany tętniak	TAK	NIE
Data embolizacji.....		
Żyłki kończyn dolnych	TAK	NIE

UKŁAD ODDECHOWY

Przewlekłe zapalenie oskrzeli (POCHP)	TAK	NIE
Astma oskrzelowa	TAK	NIE
Zapalenie płuc	TAK	NIE
Gruźlica	TAK	NIE
Inne:.....		

WĄTROBA

Żółtaczka mechaniczna	TAK	NIE
Marskość wątroby	TAK	NIE
Kamica pęcherzyka żółciowego	TAK	NIE
Inne:.....		

NERKI

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

PRZEWÓD POKARMOWY



CERTYFIKAT
AKREDYTACJI
NAJADANY PRZEZ
MINISTERSTWA ZDROWIA



System
certyfikacji
ISO 9001:2015



Szpital św. Łukasza S.A., ul. Bystrzańska 94B, 43-309 Bielsko-Biała,
KRS: 0000656269, REGON: 243161232, NIP: 5472145493
Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, Wydział VIII Gospodarczy KRS
Kapitał Zakładowy: 176 500,00 zł, opłacony w całości

Biurowo Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl



Choroba wrzodowa	TAK	NIE
Refluks przełykowy	TAK	NIE
Zapalenie jelit	TAK	NIE
Biegunki lub krwawienia	TAK	NIE

TRZUSTKA

Przebyte 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
Inne:.....		

UKŁAD NERWOWY

Padaczka	TAK	NIE
Porażenia i niedowłady	TAK	NIE
Depresja / Nerwica	TAK	NIE
Objawy lęku / stresu	TAK	NIE
Bezsennność	TAK	NIE
Bóle głowy	TAK	NIE
Udar mózgu	TAK	NIE
Inne:.....		

NARZĄD WZROKU

Zaćma	TAK	NIE
Jaskra	TAK	NIE
Soczewki kontaktowe	TAK	NIE
Odwartwienie siatkówki	TAK	NIE
Inne:.....		

MIĘŚNIE

Osłabienie mięśni/miastenia	TAK	NIE
Inne:.....		

Czy u najbliższych członków rodziny występowały choroby mięśni?

Jeśli tak, to jakie?.....

CHOROBY ZAKAŻNE PRZEBYTE

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

UCZULENIA

Leki	TAK	NIE
.....		
.....		
Katar sienny	TAK	NIE
Soja	TAK	NIE
Białko jaja	TAK	NIE
Sierść zwierząt, kurz	TAK	NIE
Jod	TAK	NIE
Plaster	TAK	NIE
Latex	TAK	NIE
Inne:.....		

KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

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

INNE CHOROBY

Jeśli TAK, to jakie?	TAK	NIE
.....		

ZABURZENIA SŁUCHU

Aparat słuchowy	TAK	NIE
Choroby ucha	TAK	NIE

CHOROBY ZĘBÓW

Zęby ruchome	TAK	NIE
Protezy zębowe	TAK	NIE

PALENIE TYTONIU

Od kiedy Pan/Pani pali/ile lat?	TAK	NIE
.....		

SPOŻYWANIE ALKOHOLU

Rzadko	TAK	NIE
Regularnie	TAK	NIE

Imię pacjenta.....Nazwisko pacjenta.....



CERTYFIKAT
AKREDYTACYJNY
NADANY PRZEZ
MINISTRA ZDROWIA



System
zarządzania
ISO 9001:2015



Szpital św. Łukasza S.A., ul. Bystrzańska 94B, 43-309 Bielsko-Biala,
KRS: 0000656269, REGON: 243161232, NIP: 5472145493
Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, Wydział VIII Gospodarczy KRS
Kapitał Zakładowy: 176 500,00 zł, opłacony w całości

Biuro Obsługi Pacjenta +48 33 819 95 10, rejestracja@lukasza.pl



Podpis proszę złożyć w obecności lekarza anestezjologa!

Zgoda na znieczulenie

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie znieczulenia do zabiegu endoskopii:

- ☐ MIEJSCOWEGO / SEDACJI
☐ ZNIECZULENIA OGÓLNEGO

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

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, że na 6 godzin przed planowanym badaniem gastrokopii/colonoskopii ze znieczuleniem nie będę przyjmował(a) żadnych pokarmów oraz w ciągu 2-3 godzin przed badaniem płynów.

Jestem świadomy(a), że po znieczuleniu nie można prowadzić pojazdów, obsługiwać skomplikowanych urządzeń, podejmować ważnych życiowo decyzji.

Oświadczam, że na badanie przyjechałem(am) z osobą towarzyszącą i pod jej opieką wrócę do domu, dodatkowo mam zapewnioną opiekę osoby bliskiej w warunkach domowych przez 24 godziny po zakończeniu badania endoskopowego w znieczuleniu.

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG:

SCHORZENIA WYMAGAJĄCE LECZENIA PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM DO SZPITALA:

.....

PROPONOWANE POSTĘPOWANIE:

- ☐ Brak
☐ Konsultacje:
☐ Modyfikacja leczenia nadciśnienia tętniczego
☐ Modyfikacja leczenia cukrzycy

BADANIE FIZYKALNE:

odchylenia do normy

☐ TAK ☐ NIE

WARUNKI INTUBACJI:

☐ DOBRE ☐ ZŁE

SKALA ASA:

SKALA MALLAMPATIEGO:

Jakie?.....

Chory został zakwalifikowany do znieczulenia: ☐ TAK ☐ NIE

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

.....
data i czytelny podpis opiekuna prawnego**

.....
data i podpis lekarza anestezjolog

Imię pacjenta.....Nazwisko pacjenta.....