

ANESTEZJOLOGICZNA KARTA KONSULTACYJNA

Data konsultacji _____

Rodzaj zabiegu/operacji	Planowany termin operacji	Konsultujący anestezjolog

Nazwisko i imię			
Data urodzenia:		Wiek:	

Badanie układu krążenia:

Ciśnienie tętnicze: RL: _____ Tętno: _____

EKG:

RP: _____

Pacjent krążeniowo wydolny

niewydolny

Uwagi:

Badanie układu oddechowego:

opis zdj. rtg klatki piersiowej:

Pacjent oddechowo wydolny

niewydolny

Uwagi:

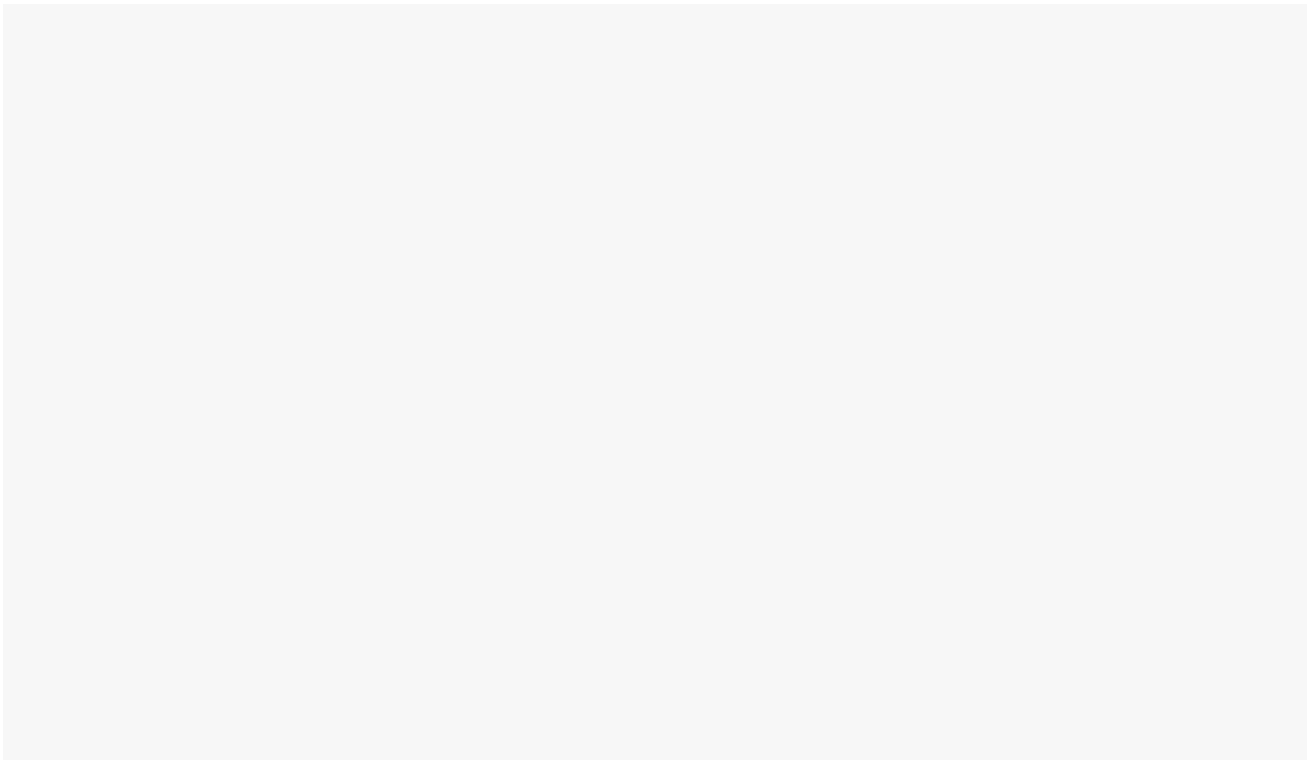
Warunki do znieczulenia regionalnego

Uwagi:

	NIE	TAK		
OGRANICZONE PRZYGIĘCIE GŁOWY				
	NIE	TAK		
OGRANICZONE ODGIĘCIE GŁOWY				
	NIE	TAK		
DUŻA ZUCHWA MAŁA ZUCHWA				
	NIE	TAK		
OGRANICZONE OTWARCIE UST				
WĄSKA SZPARA UST				
MAŁA JAMA USTNA				
ŹLE WIDOCZNE ŁUKI PODNIEBIENNE				
DUŻY JĘZYK				
ROZSZCZEP PODNIEBIENIA (WARGI)				
DŁGIE ZĘBY				
NIEDROŻNE PRZEWODY NOSOWE				
WĄSKI KĄT PODBRÓDKOWY				
OBRZEK POD BRÓDĄ				
ODLEGŁOŚĆ BRÓDKA-WCIECIE CHRZĄSTKI TARCZOWEJ < 6cm				
PRZEMIESZCZENIE TCHAWICY				
OBRZĘKI SZYI				
BLIZNY NA SZYI				
ANTESTERNAL MASS				

Ryzyko ASA:	
Uwagi:	
Pacjent	zakwalifikowany
	nizakwalifikowany
do znieczulenia	ogólnego
przewodowego	_____
do analgosedacji/MOA	

Zalecenia przedoperacyjne:



Zgoda na znieczulenie

Ja, niżej podpisany, proszę o wykonanie u mnie/u mojego dziecka

znieczulenia ogólnego przewodowego podpajęczynówkowego przewodowego zewnątrzoponowego blokady splotu _____ sedacji znieczulenia innego _____

do

rodzaj zabiegu, operacji:

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną 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 której podjęcie miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że **nie zatałem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach** będąc świadomym/mą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Otrzymałem/am pisemną informację o znieczuleniu i instrukcję postępowania przedoperacyjnego.

Oświadczam ponadto, że **w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczuleniem nie przyjmowałem/am żadnych pokarmów ani w ciągu ostatnich 4 godzin - płynów.**

data, godzina i czytelny podpis pacjenta

data i podpis lekarza

data, godzina i czytelny podpis rodzica/opiekuna