

FORMULARZ OCENY PRZEDOPERACYJNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Data urodzenia (wiek)		Nr telefonu	
Rodzaj operacji			
Operator:		Data operacji:	

DRODZY RODZICE!

PROSZĘ PRZED WIZYTĄ U ANESTEZJOLOGA ZAPOZNAĆ SIĘ Z INFORMACJAMI PRZEDOPERACYJNYMI ORAZ ODPOWIEDZIEĆ NA ZAWARTE W TYM FORMULARZU PYTANIA ZAKREŚLAJĄC WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ KRZYŻYKIEM ☒

1. Czy Państwa dziecko jest leczone przewlekłe lub/i było w ciągu ostatnich 14 dni? tak nie

Jeżeli tak, to z powodu jakiej choroby?

2. Czy Państwa dziecko było szczepione w ciągu ostatnich trzech miesięcy? tak nie

3. Czy u Państwa dziecka były obserwowane jakiegokolwiek powikłania związane ze szczepieniem? tak nie

4. Czy Państwa dziecko zostało zaszczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? tak nie

5. Czy Państwa dziecko otrzymywało kiedyś transfuzję krwi? tak nie

Jeżeli tak, to czy towarzyszyły temu jakieś komplikacje?

6. Czy u dziecka lub bliskich występują schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia, dystrofia mięśniowa) tak nie

7. Czy Państwa dziecko lub bliski w rodzinie choruje na porfirię? tak nie

8. Czy dziecko rozwija się prawidłowo? tak nie

9. Czy dziecko ma problemy z układem krążenia? tak nie

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> wada serca | <input type="checkbox"/> szmer serca | <input type="checkbox"/> operacja serca lub naczyń |
| <input type="checkbox"/> sinica przy wysiłku | <input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> przebyta gorączka reumatyczna |
| <input type="checkbox"/> duszność przy wysiłku | <input type="checkbox"/> nierówne lub szybkie bicie serca | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |

10. Czy dziecko miało jakieś choroby oskrzeli, płuc lub inne problemy z oddychaniem? tak nie

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> zapalenie krtani | <input type="checkbox"/> zapalenie płuc (ostatnie 2 miesiące) |
| <input type="checkbox"/> nadreaktywność oskrzeli | <input type="checkbox"/> zapalenie nagłośni | <input type="checkbox"/> częste zapalenia migdałków |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostatnie 2 tygodnie) | <input type="checkbox"/> oddychanie ustami |
| <input type="checkbox"/> z odkształcaniem wydzieliny | | <input type="checkbox"/> chrapanie w nocy |

11. Czy dziecko ma lub miało jakieś problemy z żołądkiem, jelitami lub wątrobą? tak nie

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroba wrzodowa | <input type="checkbox"/> zapalenie wątroby/żółtaczką (inna niż fizjologiczna po urodzeniu dziecka) | <input type="checkbox"/> wady układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> zapalenie żołądka | <input type="checkbox"/> choroba Gilberta | jakie (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> refluks żołądkowo-przełykowy | | _____ |

12. Czy dziecko ma lub miało jakieś problemy z układem moczowym (nerki, pęcherz)? tak nie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> częste infekcje | <input type="checkbox"/> wady układu moczowego |
| <input type="checkbox"/> kamica nerkowa L P | <input type="checkbox"/> refluks pęcherzowo-moczowodowy | inne (opisz) _____ |

13. Czy dziecko ma lub miało choroby endokrynologiczne? tak nie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> cukrzyca | <input type="checkbox"/> powiększenie tarczycy | <input type="checkbox"/> choroby przytarczyc |
| <input type="checkbox"/> leczenie insuliną | <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> choroby nadnerczy |
| <input type="checkbox"/> choroby przysadki mózgowej | <input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |

14. Czy dziecko ma lub miało jakieś choroby układu nerwowego (mózgu, nerwów), mięśni, kręgosłupa lub stawów? tak nie

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> niedotlenienie mózgu | <input type="checkbox"/> wady układu nerwowego | <input type="checkbox"/> dolegliwości kręgosłupa |
| <input type="checkbox"/> porażenie lub niedowład | <input type="checkbox"/> osłabienie lub drętwienie rąk/nóg | <input type="checkbox"/> bóle głowy |
| <input type="checkbox"/> drgawki lub padaczka | <input type="checkbox"/> drgawki gorączkowe | <input type="checkbox"/> choroby stawów |

15. Czy dziecko ma lub miało jakieś choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia? tak nie

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> podskórne wylewy krwi przy małych urazach | <input type="checkbox"/> krwawienia do stawów |
| <input type="checkbox"/> częste krwawienia z nosa | | <input type="checkbox"/> krwawienia po usunięciu zęba |

16. Czy dziecko ma jakieś uczulenia (szczególnie na leki, pokarmy, plaster, jodynę)? tak nie

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wysypki po lekach, substancjach | <input type="checkbox"/> nietolerancja białka /skaza białkowa | <input type="checkbox"/> katar sienny |
| Jakich? _____ | <input type="checkbox"/> biegunka lub zaburzenia trawienia | <input type="checkbox"/> inne _____ |

17. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś inne choroby nie wymienione powyżej? tak nie

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> opisz _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

18. Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną (nudności, wymioty w czasie jazdy samochodem, statkiem)? tak nie

19. Czy dziecko ma ruszające się zęby, ułamane, uszczerbione lub stały aparat na zębach? tak nie

20. Czy dziecko jest w ciąży? Data ostatniej miesiączki _____ tak nie

21. Czy dziecko było już operowane? (proszę podać rok i rodzaj operacji?) tak nie

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

22. Czy w czasie lub po znieczuleniu wystąpiły jakieś powikłania? tak nie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> trudności z obudzeniem | <input type="checkbox"/> konieczność przebywania dziecka po operacji w oddziale intensywnej terapii | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> uporczywe nudności lub wymioty | | <input type="checkbox"/> _____ |

23. Czy u bliskich krewnych dziecka (rodzice, dziadkowie rodzeństwo) doszło w związku z narkozą do niewyjaśnionych powikłań? tak nie

Jeżeli tak, to jakie?

24. Czy dziecko urodziło się o czasie? Tydzień ciąży _____ Apgar _____ Waga urodzeniowa _____

25. Czy dziecko miało podawane przed zabiegiem lub wcześniej jakieś leki? (proszę podać nazwę i dawkę leku – również leki bez recepty, preparaty ziołowe, suplementy diety) tak nie

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

26. Masa ciała _____ Wzrost _____ BMI _____

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą oraz że nie zataiłam/em żadnych informacji o stanie zdrowia dziecka.

data i czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka _____

Wyrażenie zgody

Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu _____

Wyrażam zgodę na przygotowawcze i towarzyszące postępowanie anestezyjologiczne łącznie z ewentualnymi koniecznymi dodatkowymi zabiegami (np. założenie cewnika dożylnego, konieczną transfuzję środków krwiopochodnych w czasie i po zabiegu).

Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany i rozszerzenia postępowania anestezyjologicznego.

Uwaga o ewentualnym ograniczeniu zgody np. ze względu na określone postępowanie anestezyjologiczne lub zabiegi dodatkowe:

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami przedoperacyjnymi a także, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach, będąc świadomym/mą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczuleniem moje dziecko/podopieczny nie przyjmowało żadnych pokarmów ani w ciągu ostatnich 4 godzin – płynów.

Data: Podpis lekarza: Podpis rodzica lub opiekuna(czytelny):

Podpis pacjenta w przypadku ukończenia przez dziecko 16 roku życia

UWAGA LEKARZA O ROZMOWIE OBJAŚNIAJĄCEJ:

BADANIE FIZYKALNE DZIECKA

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:

PREMEDYKACJA PO SPEŁNIENIU NASTĘPUJĄCYCH WYMAGAŃ:

Data	Godz.	Lek	Dawka	Droga	Godz. podania

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA: ZAKWALIFIKOWANO NIE ZAKWALIFIKOWANO ASA

UWAGI:

Podpis anestezyjologa:

OCENA PACJENTA PRZED WYPISEM (dotyczy trybu krótkoterminowego)

	Data _____	
	Godzina _____	
Rodzaj zabiegu operacyjnego	Termin wypisu	Anestezjolog

Przytomny	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zorientowany	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Wydolny krążeniowo	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Wydolny oddechowo	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Bez zawrotów głowy	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Bez nudności	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Bez wymiotów	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Ból opanowany	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Może się poruszać samodzielnie	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Zapewniona jest asysta opiekuna	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Nazwisko i imię: _____	
Zapewniony jest odpowiedni środek transportu	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Informacje i zlecenia pooperacyjne zostały przekazane	
Opiekunowi dziecka ustnie i na piśmie	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Czytelny podpis opiekuna _____

podpis lekarza

Zalecenia:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Uwagi:

INFORMCJE PRZEDOPERACYJNE (dzieci i młodzież)

DRODZY RODZICE!

Ponieważ operacje i bolesne zabiegi diagnostyczne wykonywane są w znieczuleniu, zapewniając Waszemu Dziecku pełną bezbolesność, jesteśmy zmuszeni prosić Państwa o wyrażenie na niej świadomej zgody.

Świadoma zgoda na wykonanie znieczulenia polega nie tylko na samym złożeniu podpisu, ale przede wszystkim na świadomym wyborze proponowanego Państwu przez lekarza anestezjologa rodzaju i metody znieczulenia Waszego Dziecka.

KTO WYKONUJE ZNIECZULENIE?

Za przeprowadzenie znieczulenia, jak również utrzymanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta (szczególnie oddychania i pracy serca) odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog, który posiada specjalistyczną wiedzę z zakresu znieczulania, reanimacji i intensywnej opieki medycznej. Współpracuje on z pielęgniarkami anestezjologicznymi oraz z lekarzem przeprowadzającym zabieg dbając o bezpieczeństwo i pełen komfort psychiczny pacjentów przed, w trakcie, jak i po zabiegu. W czasie, gdy chirurg operuje, to właśnie anestezjolog odpowiada za życie operowanego pacjenta.

CO TO JEST ZNIECZULENIE?

Istnieją następujące rodzaje znieczulenia: 1. *Znieczulenie ogólne*, 2. *Znieczulenie przewodowe*, 3. *Znieczulenie kombinowane* będące połączeniem obu wymienionych wcześniej.

Znieczulenie ogólne - narkoza, jest to jeden ze sposobów, umożliwiających wykonanie operacji przez chirurgów i chroniących dziecko przed cierpieniem. Znosi ona świadomość i odczuwanie bólu w całym organizmie. Dziecko od początku do końca narkozy znajduje się w stanie przypominającym głęboki sen. Znieczulenie poprzedzone jest podaniem leku uspokajającego. Po nim podaje się środek znieczulający. Kontynuacja znieczulenia polega na powtarzanych wstrzyknięciach leku do żyły (znieczulenie dożylnie) lub podawaniu do oddychania środka gazowego (znieczulenie wziewne).

W czasie znieczulenia wziewnego mieszanina gazów może być podawana do dróg oddechowych za pomocą maski przyłożonej do twarzy dziecka (znieczulenie za pomocą maski) lub przez rurkę intubacyjną (znieczulenie dotchawicze), która wprowadzana jest do tchawicy po zaśnieściu dziecka. Intubacja zapewnia wysoki stopień bezpieczeństwa przy sztucznym oddychaniu i chroni płuca przed następstwem wymiotów.

Znieczulenie przewodowe - jest to jeden ze sposobów zapewnienia bezbolesności podczas zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego, który polega na tym, że lek znieczulający podaje się w okolicę nerwów odpowiedzialnych za przewodzenie bólu, powodując zniesienie jego odczuwania w obrębie operowanej części ciała.

Zastosowanie rodzaju i metody znieczulenia jest uzależnione od wielu czynników min.: od rodzaju zabiegu, istniejących wskazań lub przeciwwskazań, a także stanu zdrowia Waszego Dziecka. Zawsze wybieramy tę najlepszą i najbezpieczniejszą dla danego dziecka i zabiegu operacyjnego.

POWIKŁANIA ZNIECZULENIA

Nie istnieje całkowicie bezpieczna metoda znieczulenia. Chociaż zagrażające życiu powikłania znieczulenia są obecnie bardzo rzadkie, nawet przy znacznych obciążeniach stanu zdrowia. Bez względu na czas trwania znieczulenia podejmuje się zawsze te same konieczne środki bezpieczeństwa. Jeśli jesteście Państwo zainteresowani szczegółami dotyczącymi znieczulenia i ewentualnych możliwych powikłań, proszę nie wahać się zapytać o to anestezjologa podczas wizyty konsultacyjnej.

Państwo także możecie przyczynić się do zmniejszenia ryzyka związanego ze znieczuleniem!

Sześć godzin przed zabiegiem nie wolno Naszym Pacjentom jeść, aby zapobiec przypadkom przedostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych (dotyczy to również mleka sztucznego). Niemowląt nie można karmić piersią cztery godziny przed narkozą. Czyste płyny (wodę, herbatę w małej ilości) mogą dzieci pić do dwóch godzin przed zabiegiem.

Podczas spotkania z anestezjologiem uzyskacie państwo niezbędne informacje i odpowiedź na nurtujące Was pytania. Na koniec zostaniecie Państwo poproszeni o podpisanie zgody na znieczulenie (tylko w obecności anestezjologa, który złoży swój podpis obok Waszego, na potwierdzenie przeprowadzenia rozmowy z Państwem).

ZALECENIA PRZEDOPERACYJNE:

1. _____
2. _____
3. _____

Podpis anestezjologa

INFORMACJE POOPERACYJNE (CHIRURGIA)

Szanowni RODZICE!

Przed powrotem do domu pragniemy udzielić Państwu ostatnich wskazówek.

Wasze dziecko jest właśnie po zabiegu operacyjnym. Niniejsze informacje pomogą Państwu w tym trudnym dla dziecka i Państwa okresie. Po operacji Państwa dziecko może odczuwać ból w miejscu operowanym. Jest to normalne, dlatego anestezjolog /chirurg zaleca po zabiegu środki przeciwbólowe, które należy przez pierwsze kilka dni podawać dziecku w zalecanej, odpowiedniej dla wieku i masy ciała, dawce i w stałych odstępach czasowych.

Radzimy też, aby przez najbliższe 24 godziny po zabiegu:

- ✓ dziecko było pod stałym nadzorem osoby dorosłej,
- ✓ ograniczyć aktywność fizyczną dziecka do minimum,
- ✓ stosować przepisane leki zgodnie z zaleceniem w odpowiednich odstępach czasowych,
- ✓ dbać o prawidłowe nawodnienie dziecka,
- ✓ stosować dietę lekką, najlepiej płynną,
- ✓ dziecko pozostało w pozycji leżącej lub w łóżku.

Jeśli dziecko miało wykonywane znieczulenie przewodowe centralne (podpajęczynówkowe lub zewnątrzoponowe) może ono odczuwać przez krótki czas niewielkie dolegliwości okolicy wkłucia igły, które zwykle przechodzą po zastosowaniu leków przeciwbólowych/przeciwzapalnych. W przypadkach pojawienia się bólów głowy i okolicy karku po wykonanym znieczuleniu podpajęczynówkowym, a nasilających się w pozycji pionowej (tzw. „bólpopunkcyjne”), proponujemy, aby dzieci pozostały w łóżku (lub przebywały w pozycji leżącej), spożywały duże ilości płynów i przyjmowały leki p/bólowe (Ibuprofen czy paracetamol). Przy utrzymujących się długotrwale takich bólach głowy prosimy skontaktować się z lekarzem znieczulającym Państwa dziecko celem uzyskania niezbędnych informacji dotyczących odpowiedniego postępowania.

Dziecko może jeść i pić od godziny, o ile nie występują nudności lub wymioty.

Pacjenci czasami doświadczają po znieczuleniu pewnych przejściowych dolegliwości, np.:

- utrata apetytu
- ból i zawroty głowy
- nudności/wymioty
- bóle w mięśniach
- uczucie ogólnego zmęczenia
- ból gardła i trudności w połykaniu
- bolesność przy uciskaniu miejsca zastrzyków

Dolegliwości te są zwykle niezbyt nasilone i mijają po 1-2 dniach. W przypadku pogorszenia samopoczucia, krwawienia, nasilenia nudności/wymiotów lub jakichkolwiek niepokojących Państwa objawów prosimy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

ZALECENIA POOPERACYJNE:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Podpis anestezjologa