

Imię i nazwisko Pacjenta:

.....

PESEL/Data urodzenia:

.....

Masa ciała: kg Wzrost: cm BMI

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

PYTANIA OGÓLNE (wypełnia pacjent, właściwe zaznaczyć X)

Czy występował/występuje u Pana/Pani:

- | | |
|---|---------|
| • ból lub dyskomfort w klatce piersiowej? | TAK/NIE |
| • ból w klatce piersiowej pojawiający/nasilający się w trakcie wysiłku fizycznego? | TAK/NIE |
| • obrzęknięte kostki? | TAK/NIE |
| • niewyjaśnione utraty przytomności lub omdlenia? | TAK/NIE |
| • uczucie duszności podczas wysiłku fizycznego? | TAK/NIE |
| • uporczywy kaszel? | TAK/NIE |
| • świszczący oddech? | TAK/NIE |
| • chrapanie podczas snu? | TAK/NIE |
| • zmęczenie z powodu niewyspania i odczucie silnej potrzeby drzemki w ciągu dnia? | TAK/NIE |
| • w ostatnim miesiącu przeziębienie, zapalenie oskrzeli, płuc lub inna infekcja dróg oddechowych? | TAK/NIE |
| • choroba zakaźna (np. WZW B/C, HIV)? | TAK/NIE |

Czy Pan/Pani:



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6, 58-506 Jelenia Góra · tel. + 48 75 64 17 100 · kontakt@e-promed.pl · Strona internetowa: www.e-promed.pl
NIP: 6112369825 · REGON: 230914124 · Nr wpisu do KRS: 0000127286 · Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o., z siedzibą w Jeleniej Górze, przy ul. L. Różyckiego 6, jest podmiotem leczniczym, prowadzącym zakład leczniczy pod firmą Centrum Medyczne, wpisany do rejestru Podmiotów Wkonujących Działalność Leczniczą pod numerem 00000001691

Zarządzanie jakością
ISO 9001

Bezpieczeństwo informacji
ISO 27001





- przyjmuje leki zaburzające krzepnięcie krwi? TAK/NIE
- ma skłonność do przedłużających się krwawień lub siniaków? TAK/NIE
- ma skłonność do nietypowych krwawień,
np. w postaci czarnych lub krwistych stolców
albo (dotyczy kobiet) obfitych krwawień z dróg rodnych? TAK/NIE
- pali papierosy? Ile sztuk na dobę..... TAK/NIE
- spożywa alkohol regularnie? TAK/NIE
- przyjmuje środki odurzające? TAK/NIE
- leczy się na choroby przewlekłe? TAK/NIE
- (dotyczy kobiet) jest w ciąży?
Termin ostatniej miesiączki..... TAK/NIE

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta

WYWIAD CHOROBY (wypełnia pacjent)

- uczulenia TAK/NIE
(np. katar sienny, wysypka, uczulenie na pokarmy, leki, plaster, jodynę)
jakie:
.....
- przyjmowane leki, suplementy diety, witaminy TAK/NIE
jakie:
.....
- szczepienia (w ciągu ostatniego roku) TAK/NIE
jakie:
.....
- przebyte zabiegi operacyjne TAK/NIE
rodzaj zabiegu/znieczulenia/kiedy (rok):
.....
.....
- powikłania znieczulenia TAK/NIE
jakie:
.....



- transfuzje krwi
- choroby układu sercowo-naczyniowego
(np. nadciśnienie tętnicze, zawał mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu, wady zastawek serca, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, stymulator, udar mózgu)
jakie: TAK/NIE
- choroby układu oddechowego
(np. astma oskrzelowa, POChP, COVID19, niewydolność oddechowa, odma, zespół bezdechu śródsewnego)
jakie: TAK/NIE
- choroby układu moczowego
(np. niewydolność nerek, kamica nerkowa, dializoterapia, przerost prostaty)
jakie: TAK/NIE
- choroby układu pokarmowego
(np. niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, żółtaczkę, refluks żołądkowo-przełykowy)
jakie: TAK/NIE
- choroby endokrynologiczne i zaburzenia przemiany materii
(np. niedoczynność tarczycy, cukrzyca typ 1/2, porfirię, niedoczynność tarczycy, otyłość)
jakie: TAK/NIE
- choroby układu nerwowo - mięśniowego
(np. padaczka, miastenia, miopatia, porażenia/niedowłady, dystrofia, hipertermia złośliwa)
jakie: TAK/NIE
- choroby układu szkieletowego
(np. skrzywienie kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, dyskopatia)
jakie: TAK/NIE
- choroby psychiczne
(np. depresja, schizofrenia, nerwica, bezsenność)
jakie: TAK/NIE
- choroby oczu
(np. jaskra, odklejanie siatkówki)
jakie: TAK/NIE
- choroby krwi i układu krzepnięcia
(np. anemia, małopłytkowość, białaczka, skazy krwotoczne) TAK/NIE



jakie:

BADANIE LEKARSKIE (wypełnia lekarz anestezjolog)

Badanie fizykalne

Stan świadomości przytomny ☐ w kontakcie logicznym ☐
 nieorientowany ☐ nieprzytomny ☐
 GCS pkt.

Układ krążenia wydolny ☐ niewydolny ☐ RR mmHg
 HR /min miarowa ☐ niemiarowa ☐
 tony serca czyste ☐ szmery ☐
 EKG prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
 Układ oddechowy szmer płucny ☐
 szmer nieprawidłowy ☐
 SatO2 %

Inne

Badania laboratoryjne

Ocena drożności dróg oddechowych

trudna intubacja ☐
 trudna/niemożliwa wentylacja ☐

- Skala Mallampatego I II III IV
- Predyktory trudnej wentylacji przez maskę:

wiek > 55 lat ☐ BMI > 30 ☐ chrapanie ☐ broda ☐ Mallampati III/IV ☐
 ograniczona protruzja żuchwy ☐ płęć męska ☐ bezzębie ☐
 guzy dróg oddechowych ☐

- Kryteria trudnej intubacji:

odległość tarczowo-bródkowa < 3cm ☐ Mallampati III/IV ☐ otwarcie ust < 3cm ☐
 test zagryzania górnej wargi III ☐ sztywność kręgosłupa szyjnego ☐

- Inne (zęby, drożność nosa, anomalie anatomiczne)

SKALA ASA	I	II	III	IV	V	VI	E
-----------	---	----	-----	----	---	----	---

UWAGI LEKARZA ANESTEZJOLOGA:



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6, 58-506 Jelenia Góra · tel. + 48 75 64 17 100 · kontakt@e-promed.pl · Strona internetowa: www.e-promed.pl
 NIP: 6112369825 · REGON: 230914124 · Nr wpisu do KRS: 0000127286 · Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o., z siedzibą w Jeleniej Górze, przy ul. L. Różyckiego 6, jest podmiotem leczniczym, prowadzącym zakład leczniczy pod firmą Centrum Medyczne, wpisany do rejestru Podmiotów Wkonujących Działalność Leczniczą pod numerem 00000001691

Zarządzanie jakością
 ISO 9001
 Bezpieczeństwo informacji
 ISO 27001



PREMEDYKACJA

.....
podpis i pieczęć lekarza anestezjologa

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta	
Data zabiegu/badania	
Rozpoznanie	
Planowany zabieg/badanie	
Planowane znieczulenie	

Wyrażam zgodę i proszę o proponowanie znieczulenie do zabiegu operacyjnego/badania.

- Zgadzam się na towarzyszące temu postępowanie medyczne w czasie zabiegu/badania
- Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.
- Oświadczam, że miałem/miałam nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań, oraz że uzyskałem/uzyskałam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.
- Rozumiem i akceptuję ryzyko oraz możliwe powikłania jakie niesie ze sobą znieczulenie.
- Oświadczam, że nie zataiłem/zataiłam żadnych informacji medycznych odnośnie stanu zdrowia, uczuleń, przebytych chorób i operacji oraz przyjmowanych leków/środków.

TAK ☐

NIE ☐

Zgodę wyrażam pod podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/miałam wystarczającą ilość czasu.



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6, 58-506 Jelenia Góra · tel. + 48 75 64 17 100 · kontakt@e-promed.pl · Strona internetowa: www.e-promed.pl
NIP: 6112369825 · REGON: 230914124 · Nr wpisu do KRS: 0000127286 · Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o., z siedzibą w Jeleniej Górze, przy ul. L. Różyckiego 6, jest podmiotem leczniczym, prowadzącym zakład leczniczy pod firmą Centrum Medyczne, wpisany do rejestru Podmiotów Wkonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000001691

Zarządzanie jakością
ISO 9001

Bezpieczeństwo informacji
ISO 27001





.....
czytelny podpis pacjenta

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza anestezjologa



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6, 58-506 Jelenia Góra · tel. + 48 75 64 17 100 · kontakt@e-promed.pl · Strona internetowa: www.e-promed.pl
NIP: 6112369825 · REGON: 230914124 · Nr wpisu do KRS: 0000127286 · Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o., z siedzibą w Jeleniej Górze, przy ul. L. Różyckiego 6, jest podmiotem leczniczym, prowadzącym zakład leczniczy pod firmą Centrum Medyczne, wpisany do rejestru Podmiotów Wkonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000001691

Zarządzanie jakością
ISO 9001
Bezpieczeństwo informacji
ISO 27001

