

DATA .....

ODDZIAŁ .....

## Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna DZIECI

Nazwisko .....

Imię .....

Data urodzenia ..... 19 ..... r. Waga urodzeniowa do 3 lat .....

Wzrost ..... cm. Waga ..... kg. ASA: .....

Adres .....

Znieczulenie ☐ do zabiegu ☐ do badania

Jakiego? .....



**Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania**

### **Drodzy Rodzice!**

*Operacje i bolesne badania przeprowadzane są w znieczuleniu. Za przeprowadzenie znieczulenia jak również za utrzymanie podczas zabiegu ważnych dla życia czynności organizmu odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog. Jego współpraca z lekarzem przeprowadzającym zabieg służy bezpieczeństwu Państwa dziecka.*

*Na podstawie tej ankiety, starannie odpowiadając na pytania możecie Państwo uczynić wszystko dla bezpieczeństwa swojego dziecka. Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia, na ogół bardzo rzadkich albo stosunkowo niewielkich (np. uszkodzenie zębów podczas intubacji, podrażnienie żyły, chrypka, nudności czy wymioty).*

### **Znieczulenie ogólne**

*Znosi ono świadomość i odczuwanie bólu w całym organizmie. Dziecko od początku do końca narkozy znajduje się w stanie przypominającym sen. Znieczulenie poprzedzone jest podaniem leku uspokajającego, po czym podany zostaje środek znieczulający. Przy dłuższej trwających zabiegach powtarzane są wstrzyknięcia leku do żyły lub prowadzi się narkozę za pomocą środka gazowego tzw. znieczulenie wziewne.*

*W czasie znieczulenia z użyciem maski tlen i środek znieczulający doprowadzany jest przez tę maskę przyłożoną do twarzy dziecka. Podczas znieczulenia dotchawicowego dziecko otrzymuje tlen i środek znieczulający przez rurkę intubacyjną, która wprowadzana jest do tchawicy po zaśnięciu dziecka. Intubacja zapewnia wysoki stopień bezpieczeństwa przy sztucznym oddychaniu i chroni płuca przed następstwami wymiotów. Dodanie środków zwiotczających mięśnie może poprawić warunki operacji i zmniejszyć ilość środków znieczulających.*



## Znieczulenie przewodowe

W czasie znieczulenia przewodowego (miejscowego) lek znieczulający zostaje podany w okolicę nerwów, powodując bezbolesność operowanej części ciała (kończyny, brzuch).

Wybieramy zawsze postępowanie, które jest najlepsze dla przewidywanej operacji i najmniej obciąża dziecko.

### Nie ma zabiegu bez ryzyka

Ciężkie, zagrażające życiu wypadki przy znieczuleniu (np. zatrzymanie czynności serca) są bardzo rzadkie nawet przy znacznych obciążeniach stanu zdrowia dziecka. Obecnie dzięki dokładnemu dawkowaniu i łączeniu różnych środków znieczulających jak również stosowaniu urządzeń do sztucznego oddychania podczas znieczulenia możliwa jest dobra regulacja oddychania, krążenia i innych ważnych dla życia czynności organizmu. Aby zapobiec powikłaniom anestezjolog nadzoruje te czynności podczas całej narkozy. W nielicznych przypadkach podczas intubacji może dojść do uszkodzenia błony śluzowej krtani i przejściowych zmian głosu (chrypki).

Związane z narkozą lub operacją dodatkowe zabiegi i działania uzupełniające leczenie (infuzje płynów, transfuzje krwi, założenie cewnika żylnego, leczenie pooperacyjne) mogą, choć rzadko, wiązać się z ryzykiem powikłań.

### Proszę uwzględnić polecenia zapobiegające powikłaniom.

6 godzin przed zabiegiem naszym małym pacjentom nie wolno jeść i pić aby zapobiec przypadkom dostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych. Niemowląt nie można karmić 4 godziny przed narkozą. Proszę nie przynosić Waszemu dziecku przed operacją jedzenia i picia a także żadnych słodczy, owoców i gumy do żucia.

Jeżeli przy odpowiadaniu na pytania potrzebują Państwo pomocy proszę zwrócić się do pielęgniarek lub lekarzy anestezjologów.

1. Czy Państwa dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

☐ TAK ☐ NIE

a) z powodu jakiej choroby (odra, plonica, inne)?

b) czy Państwa dziecko było szczepione w ciągu ostatnich trzech miesięcy?

☐ TAK ☐ NIE

2. Czy Państwa dziecko przyjmowało lekarstwa przed przyjęciem do szpitala?

☐ TAK ☐ NIE

Jakie?

3. Czy Państwa dziecko było już kiedyś operowane?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, kiedy i dlaczego?

Czy obserwowano w czasie narkozy szczególne reakcje?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak to jakie?

Czy u bliskich krewnych dziecka doszło w związku z narkozą do nie wyjaśnionych powikłań?

☐ TAK ☐ NIE

4. Czy Państwa dziecko otrzymywało kiedyś transfuzję krwi?

☐ TAK ☐ NIE

Czy towarzyszyły temu komplikacje?

☐ TAK ☐ NIE

Czy Państwa dziecko cierpi, lub cierpiało kiedyś na którąś z wymienionych chorób?

5. Schorzenia mięśni, lub osłabienie mięśni (miastenia)?

☐ TAK ☐ NIE

Czy takie schorzenia występowały lub występują u bliskich krewnych dziecka?

☐ TAK ☐ NIE

## 6. Układ krążenia (serce)

Czy wydolność fizyczna dziecka jest ograniczona?

☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko sinieje przy dużych wysiłkach?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ma silną duszność przy wysiłkach?

☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko ma wadę serca?

☐ TAK ☐ NIE

Jaką?

## 7. Układ oddechowy (płuca)

Czy dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ma duszność?

☐ TAK ☐ NIE

Czy choruje na astmę?

☐ TAK ☐ NIE

Czy choruje na gruźlicę?

☐ TAK ☐ NIE

Czy choruje na inne schorzenia płuc?

☐ TAK ☐ NIE

Jakie?

## 8. Wątroba, nerki, skłonność do krwawień

Czy dziecko przechodziło żółtaczkę?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ma skłonność do siniaków?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ma często zapalenia pęcherza moczowego?

☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko przechodziło zakażenia dróg moczowych z wysoką temperaturą?

☐ TAK ☐ NIE

Jakie?

## 9. Układ nerwowy (mózg)

Czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego?

☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko miało w czasie gorączki drgawki lub kurcze?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ma, lub miało drgawki?

☐ TAK ☐ NIE

Kiedy?

## 10. Uczulenia

Czy dziecko cierpi na katar sienny? ☐ TAK ☐ NIE

Czy miało wysypki po lekach lub innych substancjach? ☐ TAK ☐ NIE

Jakich?

## 11. Przemiana materii

Czy dziecko choruje na:

a) cukrzycę? ☐ TAK ☐ NIE

b) nietolerancję fruktozy?

(cukier owocowy, soki, owoce)? ☐ TAK ☐ NIE

Czy nie ma schorzeń gruczołów wewnętrznego wydzielania (tarczyca, nadnercza)?

☐ TAK ☐ NIE

12. Czy dziecko ma chorobę oczu? ☐ TAK ☐ NIE

Jaką?

13. Czy dziecko ma uszkodzone zęby (ruszające się zęby, aparaty i protezy zębowe)? ☐ TAK ☐ NIE

14. Czy dziecko ma częste zapalenia migdałków?

☐ TAK ☐ NIE

Kiedy ostatnio?

15. Czy dziecko ma choroby uszu? ☐ TAK ☐ NIE

Kiedy ostatnio?

16. Dodatkowe informacje (np. nie wymienione tutaj schorzenia poprzedzające chorobę i/lub kalectwo)

*Proszę poinformować pielęgniarki oddziałowe lub lekarza oddziałowego jeżeli chcą Państwo przeprowadzić z nami rozmowę wyjaśniającą problemy znieczulenia.*

*Jesteśmy zawsze do Państwa dyspozycji.*

*Proszę podpisać następujące oświadczenie dopiero wtedy, gdy nie mają Państwo żadnych pytań i wątpliwości.*



## Wyrażenie zgody

(zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź)

- ☐ Zrozumiałem powyższe objaśnienia i nie mam żadnych pytań.
- ☐ Mam jeszcze pytania i proszę o rozmowę wyjaśniającą wątpliwości.
- ☐ Zgadzam się na przeprowadzenie planowanego zabiegu w znieczuleniu .....

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

Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany i rozszerzenie postępowania anestezjologicznego.

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

Data ..... Podpis lekarza ..... Podpis rodzica lub opiekuna .....

## Uwaga lekarza o rozmowie objaśniającej:

## Wskazówki do zabiegów ambulatoryjnych

Proszę powiedzieć lekarzowi jeśli Państwa dziecko w ciągu ostatnich 6 godzin coś jadło lub piło.

### Bardzo ważne!

Przez 24 godziny od czasu zakończenia zabiegu dziecko powinno pozostawać w domu pod Państwa stałą opieką.

Potwierdzam, że te uwagi przyjmujemy do wiadomości.

Data ..... Podpis rodzica lub opiekuna .....

## Zgoda na dalsze zabiegi

Zgadzam się, że następujący dalszy zabieg .....

przeprowadzony zostanie w znieczuleniu .....

Data ..... Podpis rodzica lub opiekuna .....

## Końcowe badanie anestezjologiczne:

Premedykacja po spełnieniu następujących wymagań:

Temp.: ..... Tętno: .....  
Hb.: ..... Ht.: .....

Data	Godz.	Lek	Dawka	Droga	Kto podawał	Godzina podania