SPECJALISTYCZNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„MOTO – MED" Kazimiera Sikora
25–731 KIELCE, ul. Słoneczna 1
Biuro tel (041) 346-08-50; fax (041) 346-21-00
Przychodnie- ul Słoneczna 1 (041)345-11-47; ul Zagnańska 84b(041)362-75-85

1. PRZEDZABIEGOWA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Celem ankiety jest sklasyfikowanie wstępne danego pacjenta w grupie ASA, a także, co ma znaczenie u kobiet - ustalenie daty zabiegu. Wskazanym jest, aby ankietę wypełniał pacjent podczas przedzabiegowego badania przez lekarza anestezjologa. Wszystkie wątpliwości związane z pytaniami zawartymi w ankiecie są wtedy bez problemu rozwiązywane podczas konsultacji anestezjologicznej.

Zespół anestezjologiczny:
lekarz:
.....
pielęgniarka anestezjologiczna:
.....

Przedzabiegowa ankieta anestezjologiczna

miejscowość .....data .....
Nazwisko .....Imiona .....
Data urodzenia .....Wzrost ..... Waga .....
Zawód .....Adres ....
Telefon kontaktowy .....

1. Czy czuje się Pan(i) zdrowy(a)? TAK NIE NIE WIEM
2. Czy miał(a) Pan(i) problemy zdrowotne w ostatnich latach? TAK NIE NIE WIEM
   a) Jeśli tak, to jakie? .....
3. Czy leczył się Pan(i) ostatnio? TAK NIE
   a) Jeśli tak, to na jakie schorzenie? .....
4. Czy pozostaje Pan(i) pod opieką lekarza ogólnego? TAK NIE
   a) Jeśli tak, to na jakie schorzenie? .....
5. Czy przechodził(a) Pan(i) poważne choroby? TAK NIE
   a) Jeśli tak, to na jakie? .....
6. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a)? TAK NIE
   a) ..... w roku .....
   b) ..... w roku .....
   c) ..... w roku .....
   d) ..... w roku .....
   e) ..... w roku .....
7. Czy dobrze znosi Pan(i) znieczulenie ogólne? TAK NIE NIE WIEM
8. Czy ktoś z rodziny miał problemy z uśpieniem (narkozą)? TAK NIE NIE WIEM

9. Choroby serca

a) zawał	TAK	NIE	NIE WIEM
b) uszkodzenie zastawek	TAK	NIE	NIE WIEM
c) sztuczne zastawki	TAK	NIE	
d) rozrusznik serca	TAK	NIE	
e) wrodzona wada serca	TAK	NIE	NIE WIEM
10. Zaburzenia rytmu (kołatanie serca)	TAK	NIE	NIE WIEM
11. Choroby krążenia			
a) ciśnienie krwi w normie	TAK	NIE	NIE WIEM
b) ciśnienie krwi wysokie	TAK	NIE	NIE WIEM
c) ciśnienie krwi niskie	TAK	NIE	NIE WIEM
d) niewydolność krążenia	TAK	NIE	NIE WIEM
e) omdlenia	TAK	NIE	
f) bóle w klatce piersiowej	TAK	NIE	
g) ataki duszności	TAK	NIE	
h) szybkie męczenie się przy małym wysiłku	TAK	NIE	
i) obrzęki kończyn	TAK	NIE	
12. Choroby naczyń			
a) żylaki	TAK	NIE	NIE WIEM
b) zapalenie żył	TAK	NIE	NIE WIEM
c) złe ukrwienie kończyn	TAK	NIE	NIE WIEM

Jeżeli tak, to kiedy? .....

13. Choroby płuc

a) gruźlica	TAK	NIE	NIE WIEM
b) zapalenie płuc	TAK	NIE	NIE WIEM
c) rozedma	TAK	NIE	NIE WIEM

Jeżeli tak, to kiedy? .....

14. Choroby dróg oddechowych

a) zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	NIE WIEM

Jeżeli tak, to kiedy? .....

15. Choroby laryngologiczne

a) skrzywienie przegrody nosa	TAK	NIE	NIE WIEM
b) polipy	TAK	NIE	NIE WIEM
c) skłonność do krwawienia z nosa	TAK	NIE	NIE WIEM
d) zapalenie zatok	TAK	NIE	NIE WIEM

e) Inne .....

16. Choroby alergiczne

a) astma TAK NIE NIE WIEM

b) katar sienny TAK NIE NIE WIEM

c) wysypki TAK NIE NIE WIEM

d) uczulenia na leki (penicylina i jej pochodne, sulfonamidy, plaster aspiryna, jodyna, leki uspokajające, kodeina, inne leki) TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to jakie? .....

e) uczulenia pokarmowe TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to jakie? .....

f) uczulenia na związki chemiczne TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to jakie? .....

17. Choroby skóry TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to jakie? .....

Jeżeli tak, to kiedy? .....

18. Choroby żołądka i dwunastnicy

a) choroba wrzodowa TAK NIE NIE WIEM

b) zapalenie TAK NIE NIE WIEM

c) skłonność do wymiotów TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to kiedy? .....

19. Choroby wątroby

a) żółtaczka zakaźna TAK NIE NIE WIEM

b) zastój TAK NIE NIE WIEM

c) marskość TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to kiedy? .....

20. Choroby układu moczowego

a) zapalenie nerek TAK NIE NIE WIEM

b) kamica TAK NIE NIE WIEM

c) trudności w oddawaniu moczu TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to kiedy? .....

21. Cukrzyca TAK NIE NIE WIEM

a) Jeżeli tak, to od kiedy? .....

b) Jeżeli tak, to jak leczona? .....

22. Czy w ostatnim czasie traci Pan(i) wagę, mimo normalnego apetytu TAK NIE NIE WIEM

23. Choroby tarczycy

a) nadczynność TAK NIE NIE WIEM

b) niedoczynność TAK NIE NIE WIEM

c) wole obojętne TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to kiedy? .....

24. Choroby oczu

a) jaskra TAK NIE NIE WIEM

b) wady wzroku TAK NIE NIE WIEM

c) szkła kontaktowe TAK NIE

25. Choroby układu nerwowego

a) porażenia TAK NIE

b) drgawki TAK NIE

c) udar mózgu TAK NIE

d) niedowład TAK NIE

Jeżeli tak, to kiedy? .....

26. Zmiany nastroju

a) nerwice TAK NIE NIE WIEM

b) depresje TAK NIE

c) nocne lęki TAK NIE

Jeżeli tak, to kiedy? .....

27. Choroby układu szkieletowego

a) bóle korzonkowe TAK NIE NIE WIEM

b) zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa TAK NIE NIE WIEM

c) zmiany zwyrodnieniowe stawów TAK NIE NIE WIEM

d) bóle i osłabienia mięśniowe TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to kiedy? .....

28. Choroby krwi i układu krzepnięcia

a) skłonność do krwiaków TAK NIE NIE WIEM

b) niedokrwistość TAK NIE NIE WIEM

c) hemofilia TAK NIE NIE WIEM

d) wzmożone krwawienie po niewielkich urazach TAK NIE NIE WIEM

29. Choroby układu odpornościowego

a) czy zaliczył(a)by Pan(i) siebie do grupy zwiększonego ryzyka odnośnie zakażenia wirusem HIV TAK NIE NIE WIEM

b) nosicielstwo HIV TAK NIE NIE WIEM

c) AIDS TAK NIE NIE WIEM

30. Schorzenia nie wymienione powyżej. Jakie? .....

31. Czy pracuje Pan(i) w warunkach narażenia na promieniowanie Rtg lub inne szkodliwe czynniki? TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to jakie? .....

32. Dotyczy kobiet

a) czy jest Pani w ciąży? TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to który miesiąc? .....

b) czy przyjmuje Pani pigułki antykoncepcyjne? TAK NIE

c) ostatnia miesiączka kiedy? .....

d) czy karmi Pani piersią? TAK NIE

33. Czy Pan(i) pali (papierosy, fajkę, cygara, żuje tytoń)? TAK NIE

a) Jeżeli tak, to od ilu lat? .....

b) Jeżeli tak, to ile sztuk dziennie? .....

34. Czy pije Pan(i) alkohol? NIE RZADKO REGULARNIE DUŻO

35. Czy przyjmuje Pan(i) narkotyki? TAK NIE

a) jeżeli tak, to jakie? .....

b) jeżeli tak, to od kiedy? .....

36. Czy przyjmuje Pan(i) środki uspokajające lub nasenne? TAK NIE NIE WIEM

a) jeżeli tak, to jakie? .....

b) jeżeli tak, to od kiedy? .....

37. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) steroidami? TAK NIE NIE WIEM

a) jeżeli tak, to jakimi? .....

b) jeżeli tak, to od kiedy? .....

Uwagi lekarza

a) układ krążenia .....

b) układ oddechowy .....

c) problemy specyficzne .....

Ryzyko (ASA) .....

Pacjent

.....

podpis

Lekarz anestezjolog

.....

podpis i pieczątka

1. WNIOSEK PACJENTA (RODZICÓW, PRAWNYCH OPIEKUNÓW) O PRZEPROWADZENIE ZABIEGU W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

Do
SPECJALISTYCZNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„Moto-Med" Kazimiera Sikora
25-731 Kielce, ul. Słoneczna 1
25-528 Kielce, ul. Zagnańska 84B

Wniosek o przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym

Proszę o przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym.
Wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich wskazanych przedzabiegowych badań specjalistycznych.
Oświadczam, że zastosuję się do wszystkich zaleceń lekarzy: stomatologa i anestezjologa, dotyczących postępowania przed i pozabiegowego.

Imię i nazwisko:.....
Adres:..... .....
podpis Pacjenta
(rodzica, prawnego opiekuna)

Miejscowość, data
.....

2.OŚWIADCZENIE PACJENTA (RODZICÓW LUB PRAWNYCH OPIEKUNÓW) DOTYCZĄCE ZAPOZNANIA ZE STANEM UZĘBIENIA, STOPNIEM TRUDNOŚCI I PRZEWIDYWANYM CZASEM ZABIEGU - POTWIERDZONE PODPISEM

Niniejszym oświadczam, że podczas przeprowadzonego w dniu dzisiejszym badania i wywiadu zostałem zapoznany przez Dr .....ze stanem mojego uzębienia, stopniem trudności i przewidywanym czasem trwania zabiegu oraz jego ewentualnymi komplikacjami.

Oświadczam, że uzyskałem odpowiedź na wszystkie interesujące mnie pytania w zakresie stomatologii klinicznej, przeprowadzanej w znieczuleniu ogólnym.

....

Imię i nazwisko Data i podpis Pacjenta

Powyższe oświadczenie podpisuje pacjent po przedzabiegowych badaniach stomatologicznych i klasyfikacji wg skali trudności. Należy zaznaczyć, że pacjent (oczywiście ten z kontaktem) lub rodzice, prawni opiekunowie muszą być poinformowani o powyższym, a uzyskane informacje przedstawione przez lekarza stomatologa potwierdzić podpisem.

3.OŚWIADCZENIE PACJENTA DOTYCZĄCE WYJAŚNIENIA PRZEZ LEKARZA ANESTEZJOLOGA WSZYSTKICH OKOLICZNOŚCI PRZED- I POZABIEGOWYCH – POTWIERDZONE PODPISEM

Oświadczenie Pacjenta

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) w trakcie rozmowy z lekarzem anestezjologiem o tym, że znieczulenie ogólne może być przyczyną przejściowych dolegliwości, takich jak: podrażnienie żył w miejscu wstrzyknięcia leków, bólu gardła, bólów i zawrotów głowy, nudności, wymiotów, szumu w uszach, niemiarowej czynności serca, osłabienia siły mięśniowej i bólu mięśni nawet przez kilka dni po zabiegu i innych. Mogłem(am) zapytać o wszystkie interesujące mnie problemy, dotyczące rodzajów znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pozabiegowych.

Zostałem(am) również powiadomiony(a) o bezwzględnym zakazie spożywania wszelkich pokarmów i płynów przynajmniej na sześć godzin przed zabiegiem. Prawdziwość powyższego potwierdzam własnoręcznym podpisem.

data i podpis Pacjenta .....

4. ZGODA NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU STOMATOLOGICZNEGO

Po przeprowadzeniu wszystkich możliwych badań i zapoznaniu pacjenta (rodziców lub prawnych opiekunów) ze wszystkimi możliwymi następstwami, powikłaniami, czasem zabiegu

itd. pacjent lub w jego imieniu osoby uprawnione muszą podpisać zgodę na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym. Jest to bezwzględnie najważniejszy dokument, bez którego zespoły stomatologiczny i anestezjologiczny nie mogą przystąpić do wykonywania zabiegu. Zgoda na przeprowadzenie znieczulenia ogólnego musi być archiwizowana w danej jednostce leczniczej, podobnie jak inne dokumenty.

Zgoda na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym

Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia ogólnego w warunkach ambulatoryjnych do stomatologicznego zabiegu:

- zachowawczego .....
- chirurgicznego .....
- zachowawczo-chirurgicznego .....

jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Za możliwość wystąpienia powikłań, o których zostałem(am) poinformowany(a) nie będę rościł(a) żadnych pretensji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

Po zabiegu odjadę do domu w asyście osoby towarzyszącej .....
zamieszkałej .....

data i podpis Pacjenta .....

Instrukcja postępowania przed i po zabiegu stomatologicznym przeprowadzanym w znieczuleniu ogólnym

Jeżeli Pan(i) nie dostosuje się do podanych niżej wskazań przedzabiegowych - zabieg nie zostanie przeprowadzony.

1. Nie spożywać żadnych pokarmów w okresie 6 godzin przed zabiegiem.
2. Nie spożywać żadnych płynów w okresie 3 godzin przed zabiegiem.
3. Nie spożywać napojów alkoholowych w okresie 24 godzin przed zabiegiem.
4. Nie zażywać środków odurzających i narkotyków przynajmniej w okresie 24 godzin przed zabiegiem.
5. Proszę stawić się na zabieg w luźnym, nie krępującym ubraniu.

6. Proszę nie posiadać żadnych ozdób metalowych typu kolczyków, obrączek, pierścionków, zegarka itp., a także szkieł kontaktowych.

7. Proszę nie posiadać żadnego makijażu.

8. Należy przybyć z dorosłą osobą, najlepiej członkiem najbliższej rodziny, która Pana(ią) odbierze po zabiegu.

9. Kilka minut przed zabiegiem należy udać się do toalety i opróżnić pęcherz moczowy. Zostanie Panu(i) dostarczona pielucha typu pampers, którą należy założyć.

10. W ciągu 24 godzin po zabiegu zakazane jest prowadzenie pojazdów mechanicznych, posługiwanie się przyrządami obrotowymi typu piły mechaniczne, wiertarki itp. Wskazany jest wyłącznie odpoczynek. Obecność osoby dorosłej w pobliżu jest wskazana.

11. W przypadku jakichkolwiek najmniejszych wątpliwości lub obaw proszę o kontakt telefoniczny z lekarzem anestezjologiem lub stomatologiem (telefony zamieszczone poniżej).

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z ogólnymi wskazaniami przed i pozabiegowymi przedstawionymi w powyższym załączniku.

Instrukcję otrzymałem(am).

.....

data i podpis Pacjenta