

## 1. PRZEDZABIEGOWA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Celem ankiety jest sklasyfikowanie wstępne danego pacjenta w grupie ASA, a także, co ma znaczenie u kobiet - ustalenie daty zabiegu. Wskazano 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

miejsowość .....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 krwaków	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, zuje 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

Lekarz anestezjolog

.....  
podpis

.....  
podpis i pieczętka

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

Do  
SPECJALISTYCZNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
„Moto-Med” Sp. z o.o.  
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 anestezyjologiczny 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 anestezyjologicznego (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 szkielek 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 wskazaniem przed i pozabiegowymi przedstawionymi w powyższym załączniku.

Instrukcję otrzymałem(am).

.....  
data i podpis Pacjenta

#### **Potwierdzenie danych z wywiadu ( co pół roku)**


**Zgodność** podanych wyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem i oświadczam, że udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich jego zmianach zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego **przed rozpoczęciem leczenia.**

.....  
(data i podpis)

### Upoważnienie Pacjenta lub Opiekuna prawnego

Ja,.....Nr PESEL.....  
zamieszkały/a.....,oświadczam,  
że upoważniam:

2. \*Panią/Pana.....Nr PESEL.....,

3. \*nie upoważniam nikogo,

**do uzyskiwania informacji o moim\*/podopiecznego\* stanie zdrowia** oraz w przypadku śmierci lub choroby do uzyskiwania **wglądu w dokumentację medyczną** dotyczącą mojej osoby\*/podopiecznego\* oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w **SNZOZ Moto-Med Sp. z o.o.**

**\*niepotrzebne skreślić**

.....  
(data i podpis)

### Oświadczenie Pacjenta lub Opiekuna prawnego

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art.7 ust.2 Rozp. Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679

z 27.04.2016.- RODO dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez **SNZOZ MOTO-MED sp. z o.o.** oraz na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zalecanych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym,otrzymywanie informacji dot. planowanych wizyt i działalności medycznej SNZOZ Moto-Med sp. z o.o. drogą telefonii komórkowej i poczty elektronicznej , a także jeśli to będzie konieczne na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej oraz na późniejsze przechowywanie jej i przetwarzanie na potrzeby SNZOZ Moto-Med sp. z o.o.. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie do jej wycofania, modyfikowania moich danych oraz ich przeglądania, i że dane nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....  
....  
(data i podpis)