

Dane Pacjenta (wypełnia przedstawiciel ustawy)

Imię:											Numer ks. głównej:							/			
Nazwisko:											Płeć:	☐ M ☐ K									
Data urodzenia:			/			/					PESEL*:										
	Dzień			Miesiąc			Rok														
Oddział:																					
Masa ciała [kg]:											Wzrost [cm]:										

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety przed rozmową z lekarzem anestezjologiem zaznaczając TAK lub NIE. Prosimy o podanie dodatkowych szczegółów tam, gdzie to konieczne. Jeśli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z anestezjologiem. Prosimy o dostarczenie kart wypisowych z pobytów szpitalnych i ewentualnych zaświadczeń od specjalistów/ wyników badań.

Informacje o stanie zdrowia

(nie dotyczy przypadku **ponownego** znieczulenia w trakcie tej samej hospitalizacji)

Czy Państwa Dziecko rozwija się prawidłowo?	☐ TAK	☐ NIE
Czy jest coś, co sprawia mu problemy (np. trudności z poruszaniem, zaburzenia połykania, niedosłuch, inne)?		
Czy Państwa Dziecko było już kiedyś operowane w znieczuleniu/ znieczulane z innych przyczyn? Jeżeli NIE to można pominąć następne pytanie.	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK to, kiedy i z jakiego powodu?		
Czy w trakcie dotychczasowych znieczuleń były jakieś problemy (np. kłopoty z wybudzaniem, wymioty, problemy z oddychaniem, chrypka, inne)?	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK to, jakie?		
Czy u Państwa lub krewnych były jakieś problemy związane ze znieczuleniem?	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK to, kiedy, jakie, u kogo?		
Czy Państwa Dziecko jest pod opieką specjalisty?	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK to, jakiego i z jakiego powodu?		
Ile razy do roku Państwa dziecko choruje na przeziębienia, anginę, zapalenie oskrzeli/ płuc, inne ? Kiedy ostatnio ?		
Czy Państwa Dziecko w ciągu ostatniego miesiąca miało kontakt z chorobą zakaźną? (ospa wietrzna, krztusiec, odra, świnka, różyczka, inne)?	☐ TAK	☐ NIE
Jaką, kiedy?		
Czy Państwa Dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?	☐ TAK	☐ NIE
Gdy szczepienie odbyło się w ostatnich 2 tyg. to kiedy i jaką szczepionką?		
Czy u Państwa dziecka rozpoznawano obecnie lub kiedykolwiek, któreś z poniższych?:		
Problemy z oddychaniem (np. świszczący oddech, ciężki oddech, duszność)	☐ TAK	☐ NIE
W jakich okolicznościach (np. infekcja, wysięk, sen, karmienie, inne) ?		

Głośne chrapanie, bezdechy w nocy, budzi się spocone z lękiem, nie wysypia się				☐ TAK	☐ NIE
Sinicę (sine usta, paznokcie)				☐ TAK	☐ NIE
Uczulenie/ Alergię – zmiany na skórze, katar, uporczywy kaszel, wstrząs				☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK to, na jakie substancje, w jakich okolicznościach?					
Rozpoznaną astmę oskrzelową				☐ TAK	☐ NIE
Problemy z sercem (wada serca, zaburzenia rytmu, szmer, inne)				☐ TAK	☐ NIE
Jakie, kiedy?					
Padaczkę	☐ TAK	☐ NIE	Napad padaczki w ostatnich 6 miesiącach	☐ TAK	☐ NIE
Drgawki gorączkowe	☐ TAK	☐ NIE	Inne choroby układu nerwowego	☐ TAK	☐ NIE
Jakie?					
Utratę przytomności	☐ TAK	☐ NIE	Uraz głowy	☐ TAK	☐ NIE
Cukrzycę	☐ TAK	☐ NIE	Chorą tarczycę	☐ TAK	☐ NIE
Inne choroby hormonalne				☐ TAK	☐ NIE
Jakie?					
Czy przyjmuje doustne środki antykoncepcyjne?				☐ TAK	☐ NIE
Choroby nerek, dróg moczowych				☐ TAK	☐ NIE
Jakie, kiedy?					
Zapalenie wątroby lub inne choroby wątroby (żółtaczka i inne)				☐ TAK	☐ NIE
Jakie, kiedy?					
Problemy z niespodziewanym krwawieniem u dziecka (krwawienia z nosa, siniaki, przedłużone krwawienie przy skaleczeniu, inne):				☐ TAK	☐ NIE
Problemy z zębami (np. ruszające się zęby, aparaty ortodontyczne, protezy)				☐ TAK	☐ NIE
Jakie, kiedy?					
Czy u dziecka lub u Państwa krewnych rozpoznano/podejrzewano?					
Choroby mięśni	☐ TAK	☐ NIE	Gorączkę złośliwą	☐ TAK	☐ NIE
			Porfirię	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli inne, to, jakie?					
Czy macie Państwo inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka?				☐ TAK	☐ NIE
Jakie?					
Czy dziecko przyjmuje aktualnie leki?				☐ TAK	☐ NIE
Jeśli tak to jakie? (proszę pisać drukowanymi literami wraz z dawką i porą przyjmowania)					
Data, imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa osoby wypełniającej ankietę			Pieczętka i podpis lekarza weryfikującego ankietę		

Dane medyczne dotyczące Pacjenta (wypełnia lekarz anestezjolog)				
ROZPOZNANIE				
Planowany zabieg:				
Tryb zabiegu		☐ Planowy ☐ Przyśpieszony ☐ Pilny ☐ Natychmiastowy		
☐ Cechy infekcji	☐ Uczulenie na lateks	☐ Astma oskrzelowa	☐ Ryzyko krwawienia	☐ Pełny żołądek/aspiracja
☐ Sterydoterapia	☐ Ryzyko IZW	☐ Trudna intubacja	☐ Hipertermia złośliwa	☐ Inne.....
Uczulenia:				☐ TAK ☐ NIE
Jakie?				
Górne drogi oddechowe prawidłowe		☐ TAK	☐ NIE	Mallampati (I, II, III, IV)
Uwagi:				
Układ oddechowy prawidłowy				☐ TAK ☐ NIE
Czy opiekunowie palą papierosy?				☐ TAK ☐ NIE
Układ krążenia prawidłowy				☐ TAK ☐ NIE
NYHA:	I II III IV	Uwagi:		
Stan neurologiczny prawidłowy				☐ TAK ☐ NIE
PONV* (skala 1 do 4 punktów) TAK, jeżeli 2 lub więcej punktów				☐ TAK ☐ NIE
*1p -wiek ≥ 3 lat; 1p -operacja >30 min; 1p -PONV w wywiadzie –również u rodziców i rodzeństwa; 1p -operacja zezu				
Inne istotne odchylenia w badaniu fizykalnym				☐ TAK ☐ NIE
Jakie?				
Problemy w trakcie poprzednich znieczuleń:				
Istotne odchylenia w badaniach dodatkow.:				
Konieczne dodatkowe badania/ konsultacje:				
KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA:		☐ Zakwalifikowany	☐ Zakwalifikowany warunkowo do zniecz. ogólnego	
		☐ Niezakwalifikowany	☐ Zakwalifikowany warunkowo do zniecz. regionalnego	
Przyczyna dyskwalifikacji/ kwalifikacji warunkowej:				
Uwagi (np. specyficzne wymagania dotyczące znieczulenia, ułożenia pacjenta itp.):				
Data		Pieczętka i podpis anestezjologa		