

Imię i nazwisko

Data urodzenia

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonanie u mnie

Znieczulenia ogólnego	Przewodowego podpajęczynówkowego	Przewodowego zwnątrzożonowego	Innego
--------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------

Przez dr wraz z zespołem

Do zabiegu: (rodzaj zabiegu, operacji)

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będących świadomym/ą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczuleniem nie przyjmowałem/am żadnych pokarmów ani w ciągu ostatnich 4 godzin - płynów.

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta

.....
data i podpis lekarza

BADANIE ANESTEZJOLOGICZNE

Badanie układu krążenia:

Cisnienie tętnicze: Tętno: Powrót włósniczkowy:

Badanie układu oddechowego:

Problemy specyficzne:

Przewidywane trudności znieczulenia regionalnego:

Przewidywane trudności intubacyjne:

Wyniki badań dodatkowych:

Mallampati:	Ograniczone przygięcie głowy: TAK / NIE	Grupa krwi:	Hb:	Ht:
		RBC:	WBC:	PLT:
Ograniczone odgięcie głowy: TAK / NIE	Wielkość żuchwy: MAŁA / DUŻA	APTT:	INR:	Czas KK:
		Na+	K+	Glikemia:
Niedrożne przewody nosowe: TAK / NIE	Odl. Bródowo-tarczowa < 6cm: TAK / NIE	Badanie ogólne moczu:		
Wąski kąt podbródkowy: TAK / NIE	Krótką szyja: TAK / NIE			
Obrzęk pod brodą: TAK / NIE	Blizny na szyi: TAK / NIE			
Ograniczone otwarcie ust: TAK / NIE	Wąska szpara ust: TAK / NIE	EKG:		
Duży język: TAK / NIE	Rozszczep podniebienia: TAK / NIE	Inne:		
Antasternal mass: TAK / NIE	Brak zębów przednich: TAK / NIE			
Długie zęby: TAK / NIE	Inne:			

Określenie ryzyka powikłań okołoperacyjnych: ASA

Ocena pacjenta/ki przy wypisie:

Wypis dnia: godzina Osoba towarzysząca

Środek transportu telefon pacjenta

Pacjent przytomny	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zorientowany	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wydolny krążeniowo	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Bez zawrotów głowy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Bez nudności i wymiotów	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Ból opanowany	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Może poruszać się samodzielnie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Krwawienie pooperacyjne opanowane	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Mocz oddaje samodzielnie bez problemów	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Informacje i zlecenia pooperacyjne zostały przekazane pacjentowi na piśmie TAK NIE

.....
podpis lekarza wypisującego pacjenta