

**Prywatne Centrum Stomatologiczne
Maciej Kozłowski**

www.stomatologiawnarkozie.pl

**PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA
DZIECI**

Nazwisko **Imię**

Data urodzenia **Pesel**

Waga **kg** **Wzrost** **cm**

Adres

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 prowadzącym zabieg służy bezpieczeństwu Państwa dziecka. Starannie odpowiadając na zawarte w tej ankiecie pytania, możecie Państwo uczynić wiele dla bezpieczeństwa swojego dziecka. Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia, na ogół bardzo rzadkich albo stosunkowo niewielkich.

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 uspakajającego po czym podany zostaje środek znieczulający. Przy dłuższej trwających zabiegach wstrzyknięcia leku do żyły są powtarzane lub przeprowadza się narkozę za pomocą środka gazowego tzw. znieczulenie wziewne. W czasie znieczulenia z użyciem maski tlenowej, środek znieczulający doprowadzany jest przez tę maskę przyłożoną do twarzy dziecka. Podczas znieczulenia dotchawicznego dziecko otrzymuje tlen i środek znieczulający przez rurkę intubacyjną, która wprowadzana jest do tchawicy po zaśnieściu 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 okolice nerwów, powodując bezbolesność operowanej części ciała. 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.

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

ZAKREŚL KRZYŻYKIEM WŁAŚCIWĄ ODPOWIEŹ

1. Czy Państwa dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Tak Nie
Z powodu jakiej choroby?
2. Czy Państwa dziecko było szczepione w ciągu ostatnich trzech miesięcy Tak Nie
3. Czy Państwa dziecko przyjmuje leki na stałe? Tak Nie
Jakie?.....
4. Czy dzisiaj Państwa dziecko przyjmowało leki przed zabiegiem? Tak Nie
Jakie?
5. Czy Państwa dziecko było już kiedyś operowane? Tak Nie
Jeżeli tak to kiedy i dlaczego?.....
Czy obserwowano w czasie narkozy szczególne reakcje? Tak Nie
Jeżeli tak to kiedy i dlaczego?.....
Czy u bliskich krewnych dziecka doszło w związku z narkozą do niewyjaśnionych powikłań?
..... Tak Nie

6. Czy Państwa dziecko otrzymywało kiedyś transfuzję krwi? Tak Nie
Czy towarzyszyły temu komplikacje? Tak Nie
7. Czy u dziecka występują schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia)? Tak Nie
Czy takie schorzenia występowały lub występują u bliskich krewnych dziecka?
..... Tak Nie
8. Czy wydolność fizyczna dziecka jest ograniczona? Tak Nie
Czy dziecko sinieje przy wysiłkach? Tak Nie
Czy ma duszności przy wysiłkach? Tak Nie
9. Czy dziecko ma wadę serca? Tak Nie
10. Czy dziecko choruje na zapalenie oskrzeli? Tak Nie
11. Czy ma duszności? Tak Nie
12. Czy choruje na astmę? Tak Nie
13. Czy choruje na gruźlicę? Tak Nie
14. Czy choruje na inne schorzenia płuc? Tak Nie
Jakie?.....
15. Czy dziecko przechodziło żółtaczkę (nie fizjologiczną) Tak Nie
16. Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień? Tak Nie
17. Czy ma skłonności do siniaków? Tak Nie
18. Czy ma często zapalenia pęcherza moczowego? Tak Nie
19. Czy dziecko przechodziło zakażenia dróg moczowych z wysoką temperaturą? Tak Nie
Jakie?.....
20. Czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego? Tak Nie
21. Czy dziecko miało w czasie gorączki drgawki lub kurcze? Tak Nie
22. Czy ma lub miało drgawki? Tak Nie
Kiedy?.....
23. Czy dzieci cierpi na katar sienny? Tak Nie
24. Czy miało wysypki po lekach lub innych substancjach? Tak Nie
Jakich?.....
25. Czy dziecko choruje na :
a) cukrzycę Tak Nie
b) inne schorzenia gruczołów wewnętrznych wydzielania Tak Nie
c) nietolerancję fruktozy (cukier owocowy, soki, owoce) Tak Nie
26. Czy dziecko ma chorobę oczu? Tak Nie
Jaką?.....
27. Czy dziecko ma uszkodzone zęby(rusające się zęby, aparaty i protezy zębowe)?..... Tak Nie
28. Czy dziecko ma częste zapalenia migdałków? Tak Nie
29. Czy dziecko ma choroby uszu? Tak Nie
30. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy dziecko było leczone w innych placówkach służby zdrowia?
Kiedy?..... Gdzie?.....
31. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy dziecko miało zabiegi naruszające powłoki
skórne(zastrzyki, pobieranie krwi, kroplówki, biopsje, punkcje, akupunktura, testy alergiczne)?
..... Tak Nie
32. Czy dziecko jest zaszczepione p/Wirusowemu Zapaleniu Wątroby? Tak Nie
Gdzie?.....
Kiedy?: I dawka:..... II dawka:..... III dawka:.....
33. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy dziecko miało kontakt z chorym na WZW?..... Tak Nie
Kiedy?..... Gdzie?.....
34. Dodatkowe informacje (np. nie wymienione tutaj schorzenia poprzedzające chorobę i/lub kalectwo).....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu zdrowia mojego dziecka. O wszelkich zmianach stanu zdrowia dziecka zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych zdjęć RTG zębów u mojego dziecka.

Bardzo ważne! Po zabiegu dziecko powinno pozostawać w domu pod bezpośrednią opieką przez 24 godziny od czasu zakończenia zabiegu.

OŚWIADCZENIE RODZICÓW

DR.przeprowadził(a) z nami dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji dziecka. Podczas tej rozmowy mogliśmy pytać o wszystkie interesujące nas problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Na nasze pytania uzyskaliśmy całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienie. Pytania do lekarza.....

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU STOMATOLOGICZNEGO W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani, iż zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, dziecko przed zabiegiem powinno zostać zaszczepione przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – jeżeli nie otrzymało takiego szczepienia wcześniej. W przypadku pierwszego szczepienia skuteczną ochronę dają już dwa szczepienia w odstępie miesięcznym. Zabieg może się odbyć najwcześniej dwa tygodnie po drugim szczepieniu. Jeżeli nie zdecydujemy się na zaszczepienie dziecka, podpisując zgodę na zabieg, automatycznie rezygnujemy z roszczeń wobec placówki Prywatne Centrum Stomatologiczne- Maciej Kozłowski w przypadku zachorowania dziecka na wirusowe zapalenie wątroby.

Oświadczamy, że jesteśmy powiadomieni o możliwości powikłań związanych z wyżej wymienionym zabiegiem stomatologicznym wykonywanym w znieczuleniu ogólnym w warunkach ambulatoryjnych.

Możliwe powikłania po znieczuleniu ogólnym: bóle głowy, chrypka, nudności i wymioty, zachłyśnięcie się treścią żołądkową- skutkować może zapaleniem płuc, chrypka i ból gardła, uszkodzenie zębów, warg, policzków i jamy gardła-powikłanie związane z udrażnianiem dróg oddechowych, uszkodzenie tchawicy i strun głosowych, uszkodzenie rogówki oka, zapalenie ucha, bóle mięśniowe, obrzęk okolic punktów oparcia ciała, stan zapalny żył, powikłania oddechowe, powikłania neurologiczne, niewydolność krążeniowa, zatrzymanie akcji serca, wystąpienie gorączki złośliwej.

Zagrożenie powikłaniami jest zależne od chorób towarzyszących i przyczyny operacji, od wieku operowanej osoby, od stosowania używek(alkohol, nikotyna, narkotyki).

Wyrażamy zgodę na wykonanie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym u naszego dziecka w warunkach ambulatoryjnych. Zgadzamy się na towarzyszące znieczuleniu i operacji postępowanie (kroplówki, założenie wkłucia dożylnego) i inne konieczne leczenie przed, w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestetycznego, w tym zmianę sposobu znieczulenia i ewentualną hospitalizację po zabiegu.

Wyrażamy zgodę na usunięcie u naszego dziecka zębów, które zdaniem stomatologa wykonującego zabieg, nie kwalifikują się do leczenia zachowawczego, a także na wykonanie innych procedur stomatologicznych, których konieczność wykonania zaistnieje podczas wykonania zabiegu.

Oświadczamy, że nasze dziecko nie jadło od godziny..... i nie piło od godziny.....

.....
Data i podpis lekarza

.....
Podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....
Podpis pacjenta, który ukończył 16 lat

Uwagi lekarza.....

Otrzymałem(am) zalecenia po zabiegu w znieczuleniu ogólnym.....

.....
Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....
Data i podpis pacjenta, który ukończył 16 lat