

**Prywatne Centrum Stomatologiczne
Maciej Kozłowski**

www.stomatologiawnarkozie.pl

Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu dla pacjenta podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu, przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie) pacjenta. Znieczulenie takie tylko w niewielkim stopniu obciąża organizm. Anestezjolog nadzoruje ponadto czynność organizmu (serca, płuca) podczas zabiegu i natychmiast leczy występujące powikłania.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Pana(i) współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero w jego obecności.

Nazwisko **Imię**

Data urodzenia **Pesel**.....

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

Adres

1. Czy leczy się Pan(i) w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**Tak****Nie**
2. Jeśli tak, to na jakie schorzenie?.....
3. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje?
4. Czy dzisiaj przyjmował(a) Pan(i) leki przed zabiegiem?**Tak**.....**Nie**
Jakie?
5. Czy był(a) Pan(I) operowany(a)? **Tak****Nie**
 - a).....w roku.....
 - b).....w roku.....
 - c).....w roku.....
 - d).....w roku.....
6. Czy dobrze zniósł Pan(I) znieczulenie?**Tak****Nie****Nie Wiem**
7. Czy miał(a) Pan(I) transfuzję krwi?**Tak****Nie****Nie Wiem**
 - a) Kiedy?.....
 - b) Czy dobrze zniósł Pan(I) transfuzję? **Tak****Nie****Nie Wiem**
8. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie m. sercowego, wada)**Tak****Nie****Nie Wiem**
9. Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenie, zmęczenie, duszności)**Tak****Nie****Nie Wiem**
10. Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył)**Tak****Nie****Nie Wiem**
11. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica)**Tak****Nie** ...**Nie Wiem**
12. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)**Tak**.....**Nie****Nie Wiem**
13. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa)**Tak****Nie****Nie Wiem**
14. Choroby wątroby (wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczką, zastój, stłuczenie wątroby)**Tak**.....**Nie**..... **Nie wiem**

15. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu)
.....**Tak****Nie****Nie Wiem**
16. Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna)**Tak****Nie**.....**Nie Wiem**
17. Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność).....**Tak****Nie****Nie Wiem**
18. Choroby oczu (np. jaskra)**Tak****Nie****Nie Wiem**
19. Choroby nerwów (podrażnienia, drgawki, udar)**Tak****Nie****Nie Wiem**
20. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica)**Tak****Nie****Nie Wiem**
21. Choroby układu szkieletowego (np. bóle korzonkowe, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni)**Tak****Nie****Nie Wiem**
22. Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. skłonność do krwawień, siniaków)
.....**Tak****Nie****Nie Wiem**
23. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę)
.....**Tak****Nie****Nie Wiem**
24. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej**Tak****Nie****Nie Wiem**
- Jakie?.....
25. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w innych placówkach służby zdrowia?
Kiedy?..... Gdzie?.....
26. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy miał(a) Pan(i) zabiegi naruszające powłoki skórne (zastrzyki, pobieranie krwi, kroplówki, biopsje, punkcje, akupunktura, testy alergiczne)?**Tak****Nie**
27. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy korzystał(a) Pan(i) z usług kosmetycznych?
Kiedy?.....Gdzie?.....
28. Czy posiada Pan(i) tatuaż**Tak****Nie**
29. Czy jest Pan(i) zaszczepiony(a) p/Wirusowemu Zapaleniu Wątroby?**Tak**.....**Nie**
Gdzie?.....
Kiedy?: I dawka:..... II dawka:..... III dawka:.....
30. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na WZW?.....**Tak**.....**Nie**
Kiedy?.....Gdzie?.....
31. Czy jest Pani w ciąży?**Tak****Nie****Nie Wiem**
32. Kiedy miała pani ostatnią miesiączkę?.....**Nie Wiem**
33. Czy nosi Pan(I) protezy zębowe lub szkła kontaktowe?**Tak****Nie**
34. Czy Pan(I) pali?**Tak****Nie**
- a) Jeśli tak to ile?
- b) Od kiedy już nie?.....
35. Czy pije Pan(I) alkohol?
.....**Nie****Rzadko****Niewiele** **Regularnie****Regularnie dużo**
36. czy zażywa Pan(I) środki uspakajające lub nasenne?**Tak****Nie**
Jakie?.....

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

OŚWIADCZENIE PACJENTA

DR.przeprowadził(a) ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych, nie mam więcej pytań. Na moje pytania uzyskałem(am) całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienie.

Pytania do lekarza:.....
.....

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU STOMATOLOGICZNEGO W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, pacjent przed zabiegiem powinien zostać zaszczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – jeżeli nie otrzymałem 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 zdecyduję się na zaszczepienie, podpisując zgodę na zabieg, automatycznie rezygnuję z roszczeń wobec placówki Prywatne Centrum Stomatologiczne- Maciej Kozłowski w przypadku zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby.

Oświadczam, że jestem powiadomiony 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 w warunkach ambulatoryjnych. Zgadzam 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 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.

Oświadczam, że nie jadłem(am) od godziny..... i nie piłem(am) od godziny.....

.....
PODPIS LEKARZA

.....
PODPIS PACJENTA lub OPIEKUNA PRAWNEGO

Uwagi lekarza.....

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

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego