



KARTA POSTĘPOWANIA PRZED ZABIEGIEM KOLONOSKOPII – kwalifikacja anestezjologiczna

PIECZĄTKA KOMÓRKI ORG.

NAZWIŚKO I IMIĘ

PESEL

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA (wypełnia pacjent, weryfikuje lekarz anestezjolog)

1.	Czy leczy się Pani / Pan w ostatnim czasie?	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Jeśli tak, to jakie schorzenie:			
2.	Jakie leki obecnie Pani / Pan przyjmuje:			
3.	Czy była Pani operowana / był Pan operowany w przeszłości?	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
4.	Czy dobrze zniosła Pani / zniósł Pan znieczulenie?	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
5.	Czy miała Pani / miał Pan transfuzję krwi?	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Jeśli tak, czy wystąpiły powikłania	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Czy zgadza się Pani / Pan na podanie krwi w razie potrzeby?	☐ tak	☐ nie	
6.	Choroby przebyte w przeszłości:			
	Choroby serca (np. zawał, zapalenie, choroba .wierćcowa, wada)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętn., zbyt niskie ciśn., omdlenia)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby naczyń (np. żylaki, zapalenie żył, zatory, zakrzepica żylna)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby płuc (np. gruźlica, zapalenie, rozedma, pylica)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby dróg oddechowych (np. zapalenie oskrzeli, astma)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby żołądka (np. choroba wrzodowa)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby wątroby (np. zapalenie, stłuszczenie, żółtaczka)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Szczepienie p/żółtaczce	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby układu moczowego (np. zapalenie, kamica)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby oczu (np. jaskra)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby układu nerwowego (np. porażenia, padaczka, przebyty udar)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Zmiany nastroju (np. choroba psychiczna, nerwica)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby układu szkieletowego (np. „korzonki”, zwyrodnienie stawów)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby krwi (np. skłonność do krwawień, białaczka)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	Choroby uzębienia (np. paradontoza)	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
	7.	Uczulenia (katar sienny, wysypka, na leki, plaster, pokarmy)	☐ tak	☐ nie
8.	Czy może być Pani w ciąży?	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
9.	Czy używa Pani / Pan protez zębowych lub szkielek kontaktowych?	☐ tak	☐ nie	☐ nie wiem
10.	Czy pali Pani / Pan tytoń lub stosuje nikotynę w inny sposób?	☐ tak, (proszę podać ile		☐ nie
11.	Czy pije Pani / Pan alkohol	☐ nie	☐ rzadko	☐ regularnie
12.	Gorączka w ostatnich 7 dniach	☐ tak	☐ nie	

Dla pacjenta - Prosimy o uważane przeczytanie:

1. **Zabiegi operacyjne** i inne czynności medyczne związane ze znacznym bólem, mogą być wykonywane w znieczuleniu ogólnym lub w znieczuleniu przewodowym.

2. **Znieczulenie wykonuje** lekarz anestezjolog. Jest on odpowiedzialny za prawidłowe przygotowanie pacjenta do znieczulenia, a także za jego przeprowadzenie.

3. **Znieczulenie ogólne:** ("narkoza"), trwające do 30 min, w badaniu kolonoskopii ambulatoryjnej polega na zapewnieniu snu oraz wyłączeniu odczuwania bólu. Jeśli zabieg trwa krótko (kilka, kilkanaście minut) na ogół wystarczy dożylna podanie leków. Do dłuższych zabiegów najczęściej konieczne jest przeprowadzenie intubacji dotchawiczej – oznacza ona założenie do tchawicy specjalnej rurki w celu zabezpieczenia drożności dróg oddechowych oraz prowadzenia wentylacji z użyciem respiratora. Przed jej wykonaniem podawane są leki dożylna powodujące sen, silne leki przeciwbólowe oraz zwiotczające mięśnie szkieletowe w celu bezbolesnego wykonania tej czynności.

4. **Wybór sposobu znieczulenia:** Lekarz anestezjolog proponuje takie znieczulenie, które będzie najmniej obciążające dla organizmu

i najlepiej dostosowane do zakresu planowanego zabiegu. W przypadku, kiedy w trakcie jego trwania, lekarz endoskopista zdecyduje o konieczności rozszerzenia zakresu zabiegu, lekarz anestezjolog dostosuje swoje postępowanie (ze zmianą rodzaju znieczulenia włącznie).

5. **Powikłania:** związane ze znieczuleniem u pacjentów ze zdrowym układem krążenia i oddychania są niezmiernie rzadkie. Jednak jak każde postępowanie medyczne, wiąże się z określonym ryzykiem.

6. Do możliwych powikłań znieczulenia ogólnego należą:

- chrypka, ból gardła, dyskomfort w jamie ustnej, gardle (3/10 - znieczulenie z instrumentalnym udrożnieniem dróg oddechowych)
- nudności, wymioty i zawroty głowy (3/10)
- uszkodzenie zębów (z wyłamaniem włącznie) (1/100 - znieczulenie z instrumentalnym udrożnieniem dróg oddechowych)
- zachłyśnięcie treścią pokarmową (1/1000) z następowym zapaleniem płuc (1/10 000) - dlatego konieczność bycia na czczo!
- upośledzenie oddychania w okresie bezpośrednio po znieczuleniu (1/20)
- reakcje alergiczne na środki znieczulające (1:10 000)
- uszkodzenie krtani i tchawicy (<1:10 000 - znieczulenie z instrumentalnym udrożnieniem dróg oddechowych)
- wybudzenie śródoperacyjne (2/ 10 000)
- zatrzymanie krążenia (<1/10 000)

7. **W trakcie każdego rodzaju znieczulenia** możliwe są zaburzenia funkcjonowania układu krążenia, dlatego też przed każdym zabiegiem konieczne jest założenie cewnika dożylnego (potocznie nazywanego "wenflonem"), aby w każdej chwili można było podać potrzebne leki.

Przed zabiegiem i znieczuleniem konieczne jest przestrzeganie następujących zaleceń:

Na wizycie przed zabiegiem należy rzetelnie udzielić informacji na temat stanu zdrowia, chorób przewlekłych, przyjmowanych leków, uczuleń, ew. przedstawić dotychczasową dokumentację z leczenia.

Aby zminimalizować niebezpieczeństwo zachłyśnięcia treścią pokarmową, należy: 6 godzin przed zabiegiem nic nie jeść, a 2 godziny nic nie pić. Należy wstrzymać się od palenia tytoniu, tak wcześnie, jak to tylko możliwe.

Badanie fizykalne

Temperatura	°C	Ciśnienie tętnicze	mmHg	tętno	/min
Masa ciała	kg	Wzrost	cm	Kontakt logiczny ☐ tak ☐ nie	GCS pkt.

1.	Układ krążenia	☐ wydolny	☐ niewydolny
2.	Układ oddechowy	☐ wydolny	☐ niewydolny, osłuchowo
3.	Inne odchylenia od normy:		

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza anestezjologa

Zgoda na znieczulenie:

Oświadczam, że zostałem/-am zapoznany/-a z zagadnieniami związanymi ze znieczuleniem do zabiegu. Wyjaśnione zostały mi wszystkie moje wątpliwości dotyczące: rodzaju znieczulenia, ryzyka znieczulenia, postępowania przed i po zabiegu. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwych powikłaniach dotyczących planowanego znieczulenia.

NINIEJSZYM **WYRAŻAM ZGODĘ** NA ZAPROPONOWANY RODZAJ ZNIECZULENIA DO PLANOWANEGO ZABIEGU, JAK RÓWNIEŻ NA TOWARZYSZĄCE TEMU POSTĘPOWANIE MEDYCZNE (INFUZJE, TRANSFUZJE, LECZENIE KRAŻENIOWE, ODDECHOWE) W CZASIE I PO ZABIEGU. AKCEPTUJĘ RYZYKO Z TYM ZWIĄZANE. ZGADZAM SIĘ NA MEDYCZNIE UZASADNIONE ZMIANY LUB ROZSZERZENIE POSTĘPOWANIA ANESTEZJOLOGICZNEGO, W TYM ZMIAN RODZAJU ZNIECZULENIA. JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE PRZECZYTAŁEM/AM INFORMACJE O ZNIECZULENIU. MIAŁEM/AM NIESKRĘPOWANĄ MOŻLIWOŚĆ ZADAWANIA PYTAŃ DOTYCZĄCYCH 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 KTÓREJ PODJĘCIE MIAŁEM/AM WYSTARCZAJĄCĄ ILOŚĆ CZASU.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/-am istotnych danych dotyczących mojego stanu zdrowia, badań i przebiegów chorób.

..... Data, godzina	 Podpis Pacjenta / Przedstawiciela Ustawowego	 Pieczęć i Podpis Lekarza odbierającego Oświadczenie
------------------------	---	--

Zapoznałem/ am się z formularzem świadomej zgody na zaproponowaną metodę leczenia/ diagnostyki. Poinformowano mnie, że w razie nie wyrażenia zgody na proponowane postępowanie dojdzie do pogorszenia mojego stanu zdrowia ze zgonem włącznie.

Oświadczam, że w pełni świadomie **nie wyrażam** zgody na przeprowadzenie proponowanego leczenia / diagnostyki oraz, że zostałem poinformowany o następstwach mojej decyzji - postępie choroby oraz pogorszeniu stanu zdrowia ze zgonem włącznie.

..... Data, godzina	 Podpis Pacjenta / Przedstawiciela Ustawowego	 Pieczęć i Podpis Lekarza odbierającego Oświadczenie
------------------------	---	--

KWALIFIKACJA DO ZABIEGU (wypełnia lekarz anestezjolog)

Ryzyko ASA

Pacjent:

- ☐ niezakwalifikowany:
- ☐ zakwalifikowany warunkowo:
- ☐ zakwalifikowany do znieczulenia ogólnego (do 30 min)

Zlecenia przedoperacyjne / warunek kwalifikacji:

.....

.....

.....

.....

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza anestezjologa