

Centrum Medyczne „HIPOKRATES” Zabrze Sp. z o.o.

41-800 Zabrze ul. Reymonta 42

Tel.32-271-27-45, 32-271-88-60, fax.32-276-86-76

e-mail; rejestracja@hipokrateszabrze.pl www.hipokrateszabrze.pl

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA PRZED ZABIEGIEM ENDOSKOPOWYM

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia PESEL.....

Rodzaj badania

Data badania

Szanowna Pani, Szanowny Panie

Podczas spotkania z anestezjologiem uzyskacie Państwo dokładne informacje o planowanym znieczuleniu, jego zaletach, możliwości powikłań, oraz opiece po znieczuleniu. W czasie tej rozmowy można zadawać pytania i otrzymać wyjaśnienia dotyczące wszystkich nurtujących Państwo problemów.

W dniu konsultacji anestezjologicznej zalecane jest dostarczenie pełnej dokumentacji medycznej (wypisy ze szpitali, wyniki badań związane aktualnymi i przebytymi chorobami) oraz aktualnych wyników następujących badań: morfologia krwi, poziom glukozy, jonogram (Na, K), kreatynina, EKG, w przypadku chorób tarczycy TSH lub konsultacji endokrynologicznej kwalifikującej do znieczulenia, chorób sercowo-naczyniowych (pacjenci leczący się w poradni kardiologicznej) konsultacji kardiologicznej kwalifikującej do znieczulenia.

Ze względu na planowane znieczulenie należy przestrzegać poniższych zaleceń:

- przynajmniej 6 godzin przed znieczuleniem nie jeść, 2 godziny przed znieczuleniem nie pić żadnych płynów i nie palić papierosów
- w dniu zabiegu przyjąć swoje przewlekłe przyjmowane leki (poza lekami na cukrzycę) popijając jednym łykiem wody niegazowanej (o ewentualnej modyfikacji leczenia będziecie Państwo poinformowani w trakcie konsultacji z anestezjologiem)
- nie malować ust i paznokci
- przed udaniem się na salę endoskopową należy wyjąć protezy dentystyczne, zarówno częściowe, jak i pełne oraz zdjąć biżuterię (kolczyki, łańcuszki, pierścionki, obrączkę)

Po badaniu w znieczuleniu:

1. W momencie wyjścia z naszego ośrodka musi Państwu towarzyszyć osoba pełnoletnia. Podobnie w domu, w dniu zabiegu i w ciągu najbliższej nocy powinna być z Państwem w domu odpowiedzialna osoba.
2. W ciągu 24 godz. po znieczuleniu nie wolno prowadzić samochodu i obsługiwać potencjalnie groźnych maszyn i urządzeń, gdyż Państwa uwaga i refleks mogą być w tym czasie obniżone.
3. Po 2 godzinach od znieczulenia możecie Państwo zacząć przyjmować płyny i lekkostrawne pokarmy, a także kontynuować przyjmowanie swoich leków. Alkohol w tym dniu jest przeciwwskazany.
4. Proszę w dniu zabiegu mieć dostęp do telefonu i w razie wątpliwości kontaktować się z lekarzem wykonującym badanie lub, gdy nie jest on osiągalny, a dzieje się coś niepokojącego – z lekarzem pierwszego kontaktu lub pogotowiem ratunkowym.

Niniejszy dokument jest własnością Centrum Medyczne „HIPOKRATES” Zabrze Sp. z o.o. i żadna jego część nie może być zmieniana lub kopiowana bez zgody Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością. Dokument podlega aktualizacji i ewidencji.

Poniżej umieściliśmy kwestionariusz, który prosimy dokładnie wypełnić przed konsultacją anestezjologiczną. Pozwoli to na bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia w czasie badania endoskopowego, a także pomoże w zaplanowaniu właściwego postępowania medycznego. Dane te będą traktowane jako tajemnica lekarska.

Wiek..... Waga..... kg Wzrost..... cm

Znane alergie (uczulenia) na leki i inne substancje:

.....

Obecnie zażywane leki (regularnie i doraźnie) i ich dawki:

.....

.....

Przebyte zabiegi operacyjne(rodzaj i rok w którym został przeprowadzony):

.....

Przebyte hospitalizacje (przyczyna i rok, w którym się odbyła):

.....

Czy występują u Pani/Pana następujące schorzenia?:

Choroby serca.....	NIE/TAK
Bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, omdlenia.....	NIE/TAK
Nadciśnienie tętnicze	NIE/TAK
Astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli	NIE/TAK
Inne choroby płuc.....	NIE/TAK
Duszność przy wysiłku lub w nocy	NIE/TAK
Cukrzyca	NIE/TAK
Choroby tarczycy.....	NIE/TAK
Choroby nerek lub kłopoty z moczem	NIE/TAK
Padaczka, udar mózgu lub drgawki w wywiadzie	NIE/TAK
Anemia lub inne choroby krwi	NIE/TAK
Żylaki kończyn dolnych.....	NIE/TAK
Zaburzenia krzepnięcia krwi, skłonności do siniaków, krwawień.....	NIE/TAK
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy.....	NIE/TAK
Miastenia lub inne choroby mięśni	NIE/TAK
Depresja/nerwica	NIE/TAK
Inne poważne schorzenia	NIE/TAK
Czy pali Pani/Pan papierosy? (ile na dzień/lat)	NIE/TAK
Czy ma Pani/Pan ruchome zęby, mostki, protezy?	NIE/TAK
Czy ma Pani/Pan rozrusznik lub jakieś implanty?	NIE/TAK
Kobiety: Czy jest Pani w ciąży?	NIE/TAK
Czy stosuje Pani pigułki antykoncepcyjne lub HTZ?	NIE/TAK
Czy były u Pani/Pana lub członków rodziny jakieś problemy związane ze znieczuleniem?.....	NIE/TAK
Czy jest jeszcze coś, o czym powinien wiedzieć anestezjolog?	NIE/TAK

..... Podpis pacjenta

Niniejszy dokument jest własnością Centrum Medyczne „HIPOKRATES” Zabrze Sp. z o.o. i żadna jego część nie może być zmieniana lub kopiowana bez zgody Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością. Dokument podlega aktualizacji i ewidencji.