



KARTA KONSULTACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ

Szpital Pediatryczny ICZMP

Imię i nazwisko pacjenta	(Nalepka)	Ciężar ciała	Wzrost
Nazwa kliniki		Temp. ciała	
Rozpoznanie		Rodzaj zabiegu	
Tryb zabiegu	<input type="checkbox"/> planowy	<input type="checkbox"/> przyspieszony	<input type="checkbox"/> pilny <input type="checkbox"/> natychmiastowy

WYWIAD

LECZENIE SZPITALNE			
ZABIEGI OPERACYJNE			
TRANSFUZJE KRWI			
PRZEBYTE ZNIECZULENIA			
PRZEBYTE CHOROBY			
PRZEBYTE CHOROBY W OSTATNIM M-CU			
CHOROBY PRZEWLEKŁE			
AKTUALNE DOLEGLIWOŚCI			
PRZYJMOWANE LEKI			
ALERGIE		UŻYWKI	
WYWIAD RODZINNY	CHOROBY GENETYCZNE		
	WADY WRODZONE		
	POWIKŁANIA ZNIECZULENIA		
Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą	Podpis pacjenta/opiekuna prawnego	Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.	
Data	Podpis i pieczętka lekarza anestezjologa		

(imię i nazwisko pacjenta)

BADANIE FIZYKALNE

Układ krążenia	Czynność serca / min.	<input type="checkbox"/> miarowa	<input type="checkbox"/> niemiarowa
	Tony	<input type="checkbox"/> czyste	<input type="checkbox"/> szmer
	Uwagi		
Układ oddechowy	Szmer płucny	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> zmiany osłuchowe
		<input type="checkbox"/> symetryczny	<input type="checkbox"/> asymetryczny
Układ nerwowy	<input type="checkbox"/> przytomny, w kontakcie	<input type="checkbox"/> ograniczony kontakt	<input type="checkbox"/> bez kontaktu
	<input type="checkbox"/> nieprzytomny	<input type="checkbox"/> niedowład	<input type="checkbox"/> spastyczność
	Uwagi		
Warunki intubacyjne	<input type="checkbox"/> bez uwag	<input type="checkbox"/> aparat nazębny	<input type="checkbox"/> proteza
	Uwagi		
Inne układy			
Uwagi			
Data		Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa	

BADANIA LABORATORYJNE

Wyniki badań laboratoryjnych w normie	
Odstępstwa od normy	

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

Ocena ryzyka ASA	zakwalifikowany do znieczulenia w trybie:		
<input type="checkbox"/> planowym	<input type="checkbox"/> przyspieszonym	<input type="checkbox"/> pilnym	<input type="checkbox"/> natychmiastowym
Planowany rodzaj znieczulenia	<input type="checkbox"/> ogólne	<input type="checkbox"/> przewodowe	
<input type="checkbox"/> kwalifikacja warunkowa (brak wymaganych konsultacji/badań dodatkowych)			
<input type="checkbox"/> konieczne konsultacje/badania dodatkowe			
Data		Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa	

ZNIECZULENIE OGÓLNE

Nazwa Kliniki	Imię i nazwisko pacjenta (nalepka)
---------------	------------------------------------

ZGODA NA ZNIECZULENIE OGÓLNE

Oświadczam, że:

- Zapoznałem / am się z „Informacją dla pacjenta/przedstawiciela ustawowego przed znieczuleniem”
- Udzieliłem/am lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mojego/mojego dziecka mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzonego znieczulenia oraz, że przekazane informacje są zgodne z prawdą,
- Zostałem/am poinformowany/a o swoim stanie zdrowia / mojego dziecka. Zostałem/am poinformowany/a o rodzaju znieczulenia, zasadach, celowości, przewidywanym czasie trwania oraz sposobie prowadzenia proponowanego znieczulenia,
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia i rodzajach powikłań i ich następstwach proponowanego znieczulenia,
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia znieczulenia w trakcie jego wykonywania, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja,
- Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego znieczulenia,
- Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące znieczulenia, dalszego leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów znieczulenia (włącznie z zaniechaniem znieczulenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący,
- Zostałem/am poinformowany/a o konieczności i celowości wykonania niezbędnych badań przed znieczuleniem i **wyrażam zgodę na ich przeprowadzenie.**

Zgodnie z art. 15 i następną ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2009 nr 52 poz.417 z póź. zm.) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z dnia 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), **wyrażam zgodę na wykonanie planowanego znieczulenia ogólnego.**

Łódź, dn. godz.

.....
podpis pacjenta / opiekuna prawnego

.....
podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.

Oświadczam, że poinformowałem pacjenta o planowanym znieczuleniu i sposobie przeprowadzenia znieczulenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego znieczulenia, a także poinformowałem pacjenta o wszystkich dostępnych i znanych metodach leczenia oraz ich skutkach, w tym metodach stosowanych w innych placówkach leczniczych.

Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa

ZNIECZULENIE PRZEWODOWE

Nazwa Kliniki	Imię i nazwisko pacjenta (nalepka)
---------------	------------------------------------

ZGODA NA ZNIECZULENIE PRZEWODOWE

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia przewodowego:

- zewnątrzoponowe
- zewnątrzoponowe ciągle
- podpajęczynówkowe
- podpajęczynówkowe ciągle

Oświadczam, że:

- Zapoznałem / am się z „Informacją dla pacjenta/przedstawiciela ustawowego przed znieczuleniem”
- Udzieliłem/am lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mojego/mojego dziecka mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzonego znieczulenia oraz, że przekazane informacje są zgodne z prawdą,
- Zostałem/am poinformowany/a o swoim stanie zdrowia/mojego dziecka,
- Zostałem/am poinformowany/a o znieczuleniu, zasadach, celowości, przewidywanym czasie trwania oraz sposobie prowadzenia proponowanego znieczulenia,
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia i rodzajach powikłań i ich następstwach proponowanego znieczulenia,
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia znieczulenia, w trakcie jego wykonywania, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja,
- Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego znieczulenia,
- Zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń lekarskich. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące znieczulenia, dalszego leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów znieczulenia (włącznie z zaniechaniem znieczulenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący,
- Zostałem/am poinformowany/a o konieczności i celowości wykonania niezbędnych badań przed znieczuleniem i **wyrażam zgodę na ich przeprowadzenie.**

Zgodnie z art. 15 i następną ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (Dz.U z 2009 nr 52 poz.417 z póź. zm.) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z dnia 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), **wyrażam zgodę.**

Łódź, dn. godz.

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....
podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.

Oświadczam, że poinformowałem pacjenta o planowanym znieczuleniu i sposobie przeprowadzenia znieczulenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić w związku z przeprowadzonym znieczuleniem, a także poinformowałem pacjenta o wszystkich dostępnych i znanych metodach leczenia oraz ich skutkach, w tym metodach stosowanych w innych placówkach leczniczych.

Podpis i pieczętka lekarza anestezjologa