Łd-MP-193 Форма: IMPACT Мисловіце, телефон/факс: (32) 762 94 23

1

|  |
| --- |
| КАРТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇПедіатрична лікарня ICZMP  |

|  |
| --- |
| Ім'я та прізвище (Наклейка) Маса тіла Зріст пацієнтаТемп. тілаНазва клінікиДіагностика ВидпроцедуриРежим процедури □ планова□ □ термінова □ негайнаприскоренаОПИТУВАННЯСТАЦІОНАРНЕЛІКУВАННЯХІРУРГЧІНІПРОЦЕДУРИПЕРЕЛИВАННЯКРОВІПОПЕРЕДНІАНЕСТЕЗІЇПЕРЕНЕСЕНІХВОРОБИПЕРЕНЕСЕНІ ХВОРОБИ ЗА ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ ХРОНІЧНІХВОРОБИПОТОЧНІСКАРГИЛІКИ,ЩО ПРИМАЮТЬСЯАЛЕРГІЇ ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИГЕНЕТИЧНІ ХВОРОБИСІМЕЙНИЙ АНАМНЕЗ ВРОДЖЕНІ ВАДИУСКЛАДНЕННЯАНЕСТЕЗІЇЯ заявляю, що надана мною Підпис пацієнта / законного опікуна Підпис пацієнта старше 16 років інформація є правдивоюПідпис і печатка анестезіолога Дата  |

|  |
| --- |
| (прізвище та ім'я пацієнта) МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД |
| Серцево-судинна система  | Частота серцевих скорочень / хв.  | □ рівномірний | □ нерівномірний |
| Тони | □ чисті | □ шум |
| Примітки: |  |
| Дихальна система | Везикулярний шум | □ правильний | □ зміни при аускультації |
| □ симетричний | □ асиметричний |
| Примітки: |  |
| Нервова система | □ в свідомості, в контакті  | □ обмежений контакт | □ без контакту |
| □ без свідомості | □ парез | □ спастичність |
| Примітки: |  |
| Умовиінтубації | □ без зауважень | □ зуботехнічний апарат | □ протез |
| Примітки: |  |
| Інші системи Коментарі |  |
| Дата |  | Підпис і печаткалікаряанестезіолога |  |
| ЛАБОРАТОРНІ ОБСТЕЖЕННЯ |
| Результати лабораторних обстежень в нормі  |  |
| Відхилення від норми |  |
| ПРИДАІТНІСТЬ ДО АНЕСТЕЗІЇ |
| Оцінка ризику ASA придатний до проведення анестезії згідно з процедурою:  |
| □ плановою | □ прискореною □ терміновою □ негайною |
| Планований вид анестезії | □ загальна □ провідникова |
| □ умовна придатність (відсутність необхідних консультацій/додаткових обстежень) |
| □ необхідніконсультація/дослідженнядодаткові |  |
| Дата |  | Підпис і печаткалікаряанестезіолога |  |
| 2 |

ЗАГАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ

ЗГОДА НА ЗАГАЛЬНУ АНЕСТЕЗІЮ

Я заявляю, що:

* Я ознайомився/лась з "Інформацією для пацієнта / законного представника перед анестезією»
* Я надав/ла лікарю всю інформацію про стан здоров'я моєї дитини, що може мати наслідки для лікування і проведеної анестезії, і що представлена ​​інформація є правдивою,
* Я був/ла поінформований/а про стан здоров'я мій/моєї дитини. Я був/ла поінформований/а про вид анестезії, правила, доцільність, очікувану тривалість і спосіб проведення пропонованої анестезії.
* Я був/ла поінформований/а про можливість і види ускладнень і наслідків пропонованої анестезії.
* Я згоден/на з можливою зміною способу проведення анестезії в ході її виконання, в необхідному обсязі, відповідно до принципів медичних знань, якщо виникне така ситуація.
* Я підтверджую, що отримав/ла вичерпні відповіді на всі питання і прошу
1. виконати пропоновану анестезію.
* Я зобов'язуюсь дотримуватися лікарських рекомендацій. Я підтверджую, що відповіді, надані

на всі мої запитання щодо анестезії, подальшого лікування та можливих ускладнень

1. альтернативних методів анестезії (включаючи відмову від анестезії) були для мене зрозумілі й надавались вичерпно,
* Я був/ла поінформований/а про необхідність і доцільність проведення необхідних обстежень перед анестезією і я погоджуюся на їх виконання.

Відповідно до ст. 15 і наступних Закону від 6 листопада 2008 р. «Про права пацієнта та Уповноваженого з прав пацієнта» (Законодавчий вісник від 2009 р. № 52, поз. 417 із змінами) та ст. 32-35 Закону від 5 грудня 1996 р. про професії лікаря та стоматолога (зведений текст Законодавчий вісник за 2005 р, № 226, поз. 1943, зі змінами), я висловлюю згоду на виконання запланованої загальної анестезії.

Лодзь, на дату час

підпис пацієнта / законного опікуна

підпис пацієнта старше 16 років

Я заявляю, що я поінформував пацієнта про заплановану анестезію і спосіб виконання анестезії і проінструктував про можливі ризики і ускладнення, які можуть виникнути під час або після проведеної анестезії, а також поінформував пацієнта про всі наявні та відомі методи лікування і їх наслідки, в тому числі методи, використовувані в інших медичних закладах.

Підпис і печатка анестезіолога

Łd-MP-193 Карта консультації анестезіолога - Дитяча лікарня

3

|  |  |
| --- | --- |
| Назва Клініки | Ім"я та прізвище пацієнта (наклейка) |

ПРОВІДНИКОВА АНЕСТЕЗІЯ

Ім"я та прізвище пацієнта (наклейка)

ЗГОДА НА ПРОВІДНИКОВУ АНЕСТЕЗІЮ

Я погоджуюсь на проведення провідникової анестезії:

* епідуральна
* безперервна епідуральна
* спінальна
* безперервна спінальна

Я заявляю, що:

* Я ознайомився/лась з "Інформацією для пацієнта / законного представника перед анестезією»
* Я надав/ла лікарю всю інформацію про стан здоров'я моєї дитини, що може мати наслідки для лікування і проведеної анестезії, і що представлена ​​інформація є правдивою,
* Я був/ла поінформований/а про стан здоров'я мій/моєї дитини.
* Я був/ла поінформований/а про вид анестезії, правила, доцільність, очікувану тривалість і спосіб проведення пропонованої анестезії.
* Я був/ла поінформований/а про можливість і види ускладнень і наслідків пропонованої анестезії.
* Я згоден/на з можливою зміною способу проведення анестезії в ході її виконання, в необхідному обсязі, відповідно до принципів медичних знань, якщо виникне така ситуація,
* Я підтверджую, що отримав/ла вичерпні відповіді на всі питання і прошу
1. виконати пропоновану анестезію.
* Я зобов'язуюсь дотримуватися лікарських рекомендацій. Я підтверджую, що відповіді, надані

на всі мої запитання щодо анестезії, подальшого лікування та можливих ускладнень

1. альтернативних методів анестезії (включаючи відмову від анестезії) були для мене зрозумілі й надавались вичерпно,
* Я був/ла поінформований/а про необхідність і доцільність проведення необхідних обстежень перед анестезією і я погоджуюся на їх виконання.

Відповідно до ст. 15 і наступних Закону від 6 листопада 2008 р. «Про права пацієнта та Уповноваженого з прав пацієнта» (Законодавчий вісник від 2009 р. № 52, поз. 417 із змінами) та ст. 32-35 Закону від 5 грудня 1996 р. про професії лікаря та стоматолога (зведений текст Законодавчий вісник за 2005 р, № 226, поз. 1943, зі змінами), я висловлюю згоду.

Лодзь, на дату час

підпис пацієнта/законного представника

підпис пацієнта старше 16 років

Я заявляю, що я поінформував пацієнта про заплановану анестезію і спосіб виконання анестезії і проінструктував про можливі ризики і ускладнення, які можуть виникнути під час або після проведеної анестезії, а також поінформував пацієнта про всі наявні та відомі методи лікування і їх наслідки, в тому числі методи, використовувані в інших медичних закладах.

Підпис і печатка анестезіолога

4

Z06-610-100-154

|  |  |
| --- | --- |
| Назва Клініки | Ім"я та прізвище пацієнта (наклейка) |