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

1

|  |
| --- |
| КАРТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ Педіатрична лікарня ICZMP |

|  |
| --- |
| Ім'я та прізвище (Наклейка) Маса тіла Зріст пацієнта  Темп. тіла  Назва клініки  Діагностика Вид  процедури  Режим процедури □ планова□ □ термінова □ негайна  прискорена  ОПИТУВАННЯ  СТАЦІОНАРНЕ  ЛІКУВАННЯ  ХІРУРГЧІНІ  ПРОЦЕДУРИ  ПЕРЕЛИВАННЯ  КРОВІ  ПОПЕРЕДНІ  АНЕСТЕЗІЇ  ПЕРЕНЕСЕНІ  ХВОРОБИ  ПЕРЕНЕСЕНІ ХВОРОБИ ЗА ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ  ХРОНІЧНІ  ХВОРОБИ  ПОТОЧНІ  СКАРГИ  ЛІКИ,  ЩО ПРИМАЮТЬСЯ  АЛЕРГІЇ ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ  ГЕНЕТИЧНІ ХВОРОБИ  СІМЕЙНИЙ АНАМНЕЗ ВРОДЖЕНІ ВАДИ  УСКЛАДНЕННЯ  АНЕСТЕЗІЇ  Я заявляю, що надана мною Підпис пацієнта / законного опікуна Підпис пацієнта старше 16 років інформація є правдивою  Підпис 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: |  | | | | | |
| Умови  інтубації | □ без зауважень | | | | □ зуботехнічний апарат | | □ протез |
| Примітки: |  | | | | | |
| Інші системи Коментарі |  | | | | | | |
| Дата |  | | | Підпис і печатка  лікаря  анестезіолога | |  | |
| 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) | | | | | | | |
| □ необхідні  консультація/дослідження  додаткові |  | | | | | | |
| Дата |  | | | Підпис і печатка  лікаря  анестезіолога | |  | |
| 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) |