



**PROSIMY UWAŻNIE PRZECZYTAĆ PONIŻSZE INFORMACJE
ORAZ WYPEŁNIĆ ANKIETĘ, KTÓRA ZNAJDUJE SIĘ NA DRUGIEJ STRONIE**

WAŻNE

W przypadku zażywania leków przeciwkrzepliwych m.in. **Aspiryna / Acard / Polocard** należy bezwzględnie je odstawić na 5 dni przed zabiegiem operacyjnym.

NA DZIEŃ PRZED PRZYJĘCIEM NA ZABIEG OPERACYJNY:

- Do przyjęcia** na planowany zabieg operacyjny zgłaszamy się **na czczo** po zażyciu leków (dotyczy pacjentów stale przyjmujących leki, np. na nadciśnienie, z wyjątkiem leków na cukrzycę) zgodnie z ustaloną przez Izbę Przyjęć godziną. Ostatni posiłek około godziny 18:00 dnia poprzedniego. Nie pić od godz. 6:00 w dniu zabiegu
- O ile lekarz nie zaleci inaczej należy podać lek przeciwkrzepliwym na dzień przed planowanym zabiegiem operacyjnym o godzinie 18:00 (Neoparin / Clexane / Fraxiparine) –
 - 1 ampułka podskórnie w zewnętrzny fałd skóry brzucha. Jeśli Pacjent pominął iniekcję leku NIE PODAWAĆ po 18:00, szczególnie rano w dniu zabiegu
- Bezwzględny zakaz golenia operowanej kończyny
- Zmiany skórne: w przypadku wystąpienia nawet drobnych zmian zapalnych lub ropnych skóry proszę zawiadomić personel telefonicznie
- Należy usunąć stylizację/kolor z płytki paznokciowej z dłoni i ze stóp oraz zdjąć biżuterię

**W DNIU ZGŁOSZENIA SIĘ DO PRZYJĘCIA NA ZABIEG OPERACYJNY,
PACJENT PROSZONY JEST O ZABRANIE:**

- Dowodu osobistego (lub innego dokumentu tożsamości ze zdjęciem)
- Wyników badań** (wykonanych nie wcześniej niż 14 dni przed zabiegiem operacyjnym):
 - **grupa krwi, morfologia, INR, PT, APTT, elektrolity (Na, K)**
 - **EKG**
 - RTG klatki piersiowej z opisem (Pacjenci powyżej 65 roku życia)
- Wyników badań do zabiegów endoprotezoplastyki i chirurgii narządowej** (wykonanych nie wcześniej niż 14 dni przed zabiegiem operacyjnym):
 - **grupa krwi, morfologia, INR, APTT, PT**
 - **kreatynina, TSH, glukoza, elektrolity (Na, K), HBS, HCV**
 - wymaz z odbytu na patogeny alarmowe
 - wymaz z nosa do zabiegów w obrębie twarzoczaszki
 - **EKG** (bez opisu lekarskiego)
 - RTG klatki piersiowej z opisem (Pacjenci powyżej 65 roku życia)
- Wypełnionej** ankiety kwalifikacyjnej anestezjologicznej, wywiadu epidemiologicznego oraz wykazu przyjmowanych leków na stałe
- Pełnej dokumentacji medycznej (wypisy z poprzednich hospitalizacji)
- Wyników badań diagnostycznych w tym płytki CD i/lub klisze (RTG, TK, MRI)
- Zażywanych aktualnie leków w oryginalnych opakowaniach producenta
- Przedmiotów codziennego użytku (kosmetyki, piżama, klapki pod prysznic, obuwie sportowe)
- Wyrobów medycznych uzależnionych od rodzaju zabiegu
 - kule łokciowe, orteza, pas lędźwiowy

UWAGI DLA PACJENTÓW:

W przypadku pytań kontakt z lekarzem anestezjologiem: lek. Beata Wites, **tel. 603 056 857**.

Płatność za zabieg operacyjny powinna być dokonana najpóźniej w dniu przyjęcia (gotówka lub karta płatnicza).

W przypadku płatności dokonywanych przelewem bankowym prosimy zabrać potwierdzenie lub przesłać na adres mailowy: **rejestracja@klinika-nieborowice.pl**

Wyniki badań krwi prosimy przysyłać na adres: **badania@klinika-nieborowice.pl**

W przypadku zmiany terminu lub rezygnacji z zabiegu operacyjnego prosimy o niezwłoczne zawiadomienie Kliniki Nieborowice – tel. **32 213 42 04** (Dział Planowania), **32 213 42 50** (Izba Przyjęć), **32 213 42 00** (Rejestracja).



PROSIMY O UWAŻNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO FORMULARZA.

Dane w nim zawarte pomogą lekarzowi anestezjologowi wybrać odpowiednią metodę znieczulenia i jeśli to będzie konieczne – wdrożyć odpowiednie przygotowanie do zabiegu. Jeśli mają Państwo wątpliwości przy udzielaniu odpowiedzi na pytania zawarte w formularzu, proszę zwrócić się z tym do lekarza anestezjologa w czasie konsultacji anestezjologicznej.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

DATA URODZENIA:

WZROST:cm WAGA:.....kg

UWAGA: zaznacz właściwą odpowiedź kółkiem i uzupełnij TAK NIE

Punkty 1-4 proszę wypełnić w dniu przyjęcia na zabieg operacyjny.

- | | |
|------------------------------|-----------|
| 1. Czy Pan(i) kaszle? | TAK NIE |
| 2. Czy ma Pan(i) gorączkę? | TAK NIE |
| 3. Czy ma Pan(i)katar? | TAK NIE |
| 4. Czy boli Pana(ią) gardło? | TAK NIE |

- | | |
|---|-----------|
| 5. Czy miewa Pan(i) duszności (uczucie braku powietrza) | TAK NIE |
| 6. Czy miewa Pan(i) bóle w okolicy serca? | TAK NIE |
| 7. Czy miewa Pan(i) uczucie nierównego bicia serca? | TAK NIE |
| 8. Czy puchną Panu(i) nogi? | TAK NIE |
| 9. Czy miewa Pan(i) omdlenia lub zasłabnięcia? | TAK NIE |
| 10. Czy występowały lub występują u Pana(i) zaburzenia w krzepnięciu krwi – np. przedłużające się krwawienie po zranieniu czy po usunięciu zębów? | TAK NIE |

- | | |
|--|-----------|
| 11. Czy obecnie zażywa Pan(i) jakieś leki? | TAK NIE |
|--|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

- | | |
|---|-----------|
| 12. Czy w ciągu ostatniego miesiąca zażywał(a) Pan(i) lub miał(a) podawane jakieś leki? | TAK NIE |
|---|-----------|

Jeżeli tak, to z jakiego powodu i kiedy:

- | | |
|--|-----------|
| 13. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w szpitalu? | TAK NIE |
|--|-----------|

Jeżeli tak, to z jakiego powodu i kiedy:

- | | |
|---|-----------|
| 14. Czy miał(a) Pan(i) jakieś zabiegi operacyjne? | TAK NIE |
|---|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić ile i jakie:

- | | |
|--|-----------|
| 15. Czy występowały jakieś powikłania związane ze znieczuleniem lub narkozą? | TAK NIE |
|--|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

- | | |
|--|-----------|
| 16. Czy jest Pan(i) uczulona na leki, pokarmy lub inne czynniki? | TAK NIE |
|--|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

- | | |
|----------------------------|-----------|
| 17. Czy pali Pan(i) tytoń? | TAK NIE |
|----------------------------|-----------|

- | | |
|-------------------------------------|-----------|
| 18. Czy nosi Pan(i) protezę zębową? | TAK NIE |
|-------------------------------------|-----------|

- | | |
|--|-----------|
| 19. Proszę podać datę ostatniej miesiączki | TAK NIE |
|--|-----------|

- | | |
|----------------------------|-----------|
| 20. Czy jest Pani w ciąży? | TAK NIE |
|----------------------------|-----------|

- | | |
|---|-----------|
| 21. Czy miewa Pan(i) bóle w okolicy kręgosłupa? | TAK NIE |
|---|-----------|

- | | |
|--|--|
| 22. Proszę podać przebyte, zdiagnozowane choroby | |
|--|--|

– nadciśnienie tętnicze, od roku

TAK | NIE

– choroba wieńcowa, od roku

TAK | NIE

– zawał mięśnia sercowego, od roku

TAK | NIE

– inne choroby serca, jakie i kiedy?

TAK | NIE

– gruźlica

TAK | NIE

– przewlekły nieżyt oskrzeli od roku

TAK | NIE

– inne choroby płuc, opłucnej i oskrzeli

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

– żółtaczką, jaki rodzaj, kiedy?

TAK | NIE

– inne choroby wątroby, jakie i kiedy?

TAK | NIE

– choroby nerek, jakie i kiedy?

TAK | NIE

– choroby tarczycy, jakie i kiedy?

TAK | NIE

– choroby układu nerwowego, mózgu

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

– czy kiedykolwiek wystąpiły drgawki?

TAK | NIE

– choroby psychiczne, jakie i kiedy?

TAK | NIE

– porfiria

TAK | NIE

– jaskra, od roku

TAK | NIE

– miastenia, od roku

TAK | NIE

– cukrzyca, od roku

TAK | NIE

– AIDS, od roku

TAK | NIE

– poważne urazy

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

– inne choroby, które były groźne dla życia

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

– pozostałe przebyte choroby

TAK | NIE

- | | |
|---|-----------|
| 23. Czy występują u Pana(i) częste, np. migrenowe uporczywe bóle głowy? | TAK NIE |
|---|-----------|

DATA

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW

PRZED ZABIEGIEM I ZNIECZULENIEM KONIECZNE JEST PRZESTRZEGANIE PONIŻSZYCH ZALECEŃ DLA ZAPEWNIENIA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTOWI W TRAKCIE ZNIECZULENIA I ZABIEGU OPERACYJNEGO

1. Aby uniknąć niebezpieczeństwa zachłyśnięcia się treścią pokarmową, należy minimum 12 godzin przed zabiegiem nie jeść i 6 godzin przed zabiegiem nie pić

2. Należy wstrzymać się od palenia tytoniu, tak wcześnie jak to tylko możliwe

INFORMACJE DLA PACJENTÓW O RODZAJACH ZNIECZULEŃ. PROSIMY O UWAŻNE PRZECZYTANIE

Zabiegi operacyjne i inne czynności lekarskie związane ze znacznym bólem bądź nieprzyjemnymi doznaniem mogą być wykonywane w znieczuleniu ogólnym (w „narkozie”) lub w znieczuleniu przewodowym (regionalnym). Znieczulenie wykonuje lekarz anestezjolog. Jest on odpowiedzialny za prawidłowe przygotowanie pacjenta do zabie-

gu, a także za przeprowadzenie znieczulenia. Przed znieczuleniem jest zobowiązany do przeprowadzenia rozmowy wyjaśniającej, zebrania wywiadu dotyczącego stanu ogólnego pacjenta, przebytych schorzeń. W czasie trwania znieczulenia dba o prawidłowe funkcjonowanie istotnych dla życia układów: krążenia, oddechowego i ośrodkowego nerwowego.

Znieczulenie ogólne

Znieczulenie ogólne, zwane popularnie narkozą, polega na wprowadzeniu w stan snu, wyłączeniu bólu i niepożądanych odruchów u znieczulonego pacjenta. Jeśli zabieg trwa krótko – kilka, kilkanaście minut, do znieczulenia ogólnego zwykle wystarcza podanie leków dożylnych. Do długich zabiegów, a także niekiedy do krótkich, konieczne jest zastosowanie intubacji tchawicy. Oznacza to założenie do tchawicy specjalnej rurki w celu zabezpieczenia dróg oddechowych pa-

cjenta, umożliwiającej sztuczne oddychanie oraz podawanie gazów znieczulających i tlenu. Przed założeniem rurki intubacyjnej pacjent otrzymuje dożylnie leki nasenne, p/bólowe i zwiotczające mięśnie. W trakcie zabiegu pacjent jest wentylowany tlenem, podawane są leki usypiające i przeciwbólowe tak, aby stworzyć odpowiednie warunki do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. W większości przypadków można zastąpić intubację założeniem maski krtaniowej.

Znieczulenie przewodowe (regionalne)

Znieczulenie przewodowe polega na wyłączeniu czucia bólu w poszczególnych regionach ciała poprzez podanie leku znieczulającego miejscowo w okolicy nerwów przewodzących ból z obszarów ciała w obrębie, których wykonywany jest zabieg. Znieczulenie przewodowe jest w większości przypadków sposobem znieczulenia, które w mniejszym stopniu obciąża organizm. Możliwe jest wykonanie wielu rodzajów znieczulenia przewodowego. Najczęściej wykonuje się znieczulenie podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokadę

splotu ramiennego, blokady poszczególnych nerwów obwodowych. Znieczulenie podpajęczynówkowe i znieczulenie zewnątrzoponowe wykonuje się do zabiegów na kończynach dolnych, w obrębie krocza i dolnych partii brzucha. Znieczulenia te polegają na podaniu leku miejscowo znieczulającego w okolicy kręgosłupa. Ból związany z nakłuciem towarzyszącym każdemu znieczuleniu przewodowemu jest niewielki, gdyż igły używane do tego celu są bardzo cienkie. Miejsce nakłucia jest dodatkowo znieczulane miejscowo.

Blokada splotu ramiennego

Blokada splotu ramiennego wykonywana jest do zabiegów w obrębie kończyny górnej. W zależności od tego, która część kończyny górnej będzie operowana, blokadę wykonuje się z różnych dostępów. Oznacza to, że ukłucie igłą i podanie leków miejscowo znieczulających może dotyczyć okolicy szyi, okolicy dołu pachowego bądź

okolicy łokcia. Jednocześnie przez tą samą igłę zakładamy cienki cewnik plastikowy, który służy do podawania leków znieczulających w czasie zabiegu, czyli do wydłużenia znieczulenia. Po zabiegu zaś cewnik wykorzystywany jest do podawania leków przeciwbólowych łagodzących ból pooperacyjny.

WYBÓR SPOSOBU ZNIECZULENIA

Każdy ze sposobów znieczulenia ma swoje zalety i wady. Lekarz anestezjolog zaproponuje Panu/i takie znieczulenie, które będzie

najmniej obciążające dla organizmu i najlepiej dostosowane do planowanego zabiegu operacyjnego.

RYZIKO

Powikłania związane ze znieczuleniem u pacjentów ze zdrowym układem krążenia i oddychania są niezmiernie rzadkie. Jednak każde postępowanie lekarskie wiąże się z określonym ryzykiem.

Powikłania znieczulenia ogólnego: Do najczęstszych, ale niezbyt groźnych powikłań znieczulenia ogólnego należą: nudności i wymioty pooperacyjne, dreszcze pooperacyjne, bóle gardła, bóle mięśni, uszkodzenia zębów (podczas intubacji), podawanie leków poza żyłę (pęknięcie żyły, złe wkłucie). Do poważnych powikłań zaliczamy: hipotonię, czyli spadek ciśnienia tętniczego krwi, hipertonię, czyli gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego krwi, niedotlenienie, wynikające ze skurczu krtani, skurczu oskrzeli, utrudnionej lub niemożliwej intubacji, zachłyśnięcia treścią żołądkową, niedokrwienie mięśnia serca lub zawał mięśnia serca, zaburzenia rytmu serca, zatorowość płucną, reakcje uczuleniowe na leki.

Powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego: Do powikłań znieczulenia podpajęczynówkowego zaliczamy: popunkcyjne bóle głowy, popunkcyjne bóle pleców, zatrzymanie moczu (wymagające cewnikowania pęcherza). Do poważnych powikłań, ale występujących bardzo rzadko (0,45 na 10 000 znieczuleń) zaliczamy: uszkodzenie rdzenia kręgowego lub korzenia nerwowego, zapalenie opon mózgowych lub mózgu, krwiak podpajęczynówkowy.

Powikłania znieczulenia zewnątrzoponowego: Powikłania takie same, jak w znieczuleniu podpajęczynówkowym.

W trakcie każdego rodzaju znieczulenia możliwe są zaburzenia funkcjonowania układu krążenia, dlatego też przed każdym znieczuleniem konieczne jest wkłucie do żyły cewnika, aby w każdej chwili można było podać potrzebne leki.

ZALECENIA DOTYCZĄCE POWROTU I TRANSPORTU DO DOMU

1. W dniu zabiegu, po znieczuleniu nie można prowadzić pojazdów, obsługiwać skomplikowanych urządzeń, podejmować ważnych życiowo decyzji
2. Po zabiegu konieczny jest transport samochodem do domu

3. Ze względu na przeprowadzone procedury medyczne zostałam/ zostałem poinformowana/ny o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 24 godziny, od momentu wypisania z Kliniki Nieborowice

UWAGI LEKARZA:

DATA

PODPIS LEKARZA

ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

Podpisywana w czasie wizyty lekarza anestezjologa

Oświadczam że lekarz [] przeprowadził(a) ze mną rozmowę wyjaśniającą kwestię znieczulenia do zabiegu operacyjnego. W czasie tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Nie mam więcej pytań. Rozumiem na czym polega znieczulenie, któremu będę poddawany(a). Oświadczam również, że przeczytałem(am) cały tekst zawarty w niniejszym formularzu i rozumiem treść w nim zawartą.

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie

(odpowiednie proszę zaznaczyć):

- TAK sedacji
- TAK znieczulenia ogólnego dotchawicznego
- TAK znieczulenia ogólnego dożylnego
- TAK znieczulenia podpajęczynówkowego
- TAK znieczulenia zewnątrzoponowego
- TAK blokady splotu ramiennego
- TAK znieczulenia odcinkowego dożylnego
- TAK blokady nerwów obwodowych

Wyrażam również zgodę na towarzyszące znieczuleniu postępowanie (infuzja, transfuzja, leczenie krążeniowo-oddechowe, pobieranie krwi do badań) w czasie i po zabiegu.

Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego – w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

DATA

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, iż klauzula informacyjna dla Pacjentów Kliniki Nieborowice dotycząca rozporządzenia o ochronie danych osobowych jest dostępna na stronie internetowej pod adresem:
www.klinika-nieborowice.pl/dla-pacjenta/dokumenty-i-informacje-do-pobrania

DATA

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW