

**ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA** (dla pacjentki przed cięciem cesarskim)  
oraz **ZGODA NA ZNIECZULENIE** **WYPEŁNIA PACJENTKA !**

Nazwisko i imię ..... Data urodzenia .....

Wzrost .....cm Masa ciała .....kg Która ciąża? ..... tydzień .....

Przebyłam już cięcie cesarskie TAK / NIE, miałam znieczulenie ogólne / blokadę (podkreśl właściwe)

**PRZECZYTAJ:** Ankieta służy zebraniu i udokumentowaniu informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Prosimy o udzielenie dokładnych odpowiedzi na zadane pytania, gdyż brak pełnej informacji o Pani stanie zdrowia może przyczynić się do wystąpienia powikłań. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć w trakcie rozmowy z anestezjologiem.

Zadaniem lekarza anestezjologa jest bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia. Anestezjolog wspólnie z pielęgniarką anestezjologiczną troszczy się o wyeliminowanie bólu i zapewnienie komfortu pacjentce. Aby zapobiec wystąpieniu powikłań, anestezjolog podczas zabiegu monitoruje parametry układów oddechowego, krążenia i inne, a jeśli powikłania wystąpią, natychmiast je rozpoznaje i leczy.

Znieczulenie do cięcia cesarskiego jest jednym z najbardziej wymagających w anestezjologii. Ze względu na obecność płodu w organizmie kobiety dochodzi do wielu zmian, które zwiększają ryzyko znieczulenia. Z drugiej strony należy brać pod uwagę, że niektóre leki przechodzą przez łożysko i mogą mieć niekorzystny wpływ na organizm dziecka zaraz po urodzeniu. Z tego względu najkorzystniejszym, najbezpieczniejszym znieczuleniem i dla matki i dla dziecka jest znieczulenie regionalne: podpajęczynówkowe. Takie znieczulenie wykonuje się do cięcia cesarskiego na całym świecie, a tylko w przypadku przeciwwskazań do niego wykonuje się znieczulenie ogólne. Dzięki znieczuleniu podpajęczynówkowemu:

- do minimum zmniejsza się ryzyko zachłyśnięcia - groźnego dla życia powikłania związanego ze znieczuleniem ogólnym,
- nie wykonuje się intubacji - zabieg ten stosunkowo często bywa utrudniony u ciężarnych i może wiązać się z powikłaniami,
- leki znieczulające miejscowo nie mają bezpośredniego ujemnego wpływu na noworodka,
- matka zachowuje świadomość przy wydobyciu dziecka.

**Wywiad:** **otocz obwódka właściwe: tak lub nie :**

1. Czy jest Pani aktualnie przeziębiona, chora? ..... tak ..... nie
2. Uczulenia (alergie) na co? ..... tak ..... nie
3. Czy na stałe zażywa Pani leki ? (wymień wszystkie) ..... tak ..... nie  
.....
4. Czy w czasie tej ciąży włączono leki? (jakie?) ..... tak ..... nie  
.....
5. Przebyte operacje i znieczulenia (jakie?) ..... tak ..... nie  
.....
6. Czy były komplikacje znieczuleń u Pani lub krewnych? ..... tak ..... nie

CZY CHORUJE LUB CHOROWAŁA PANI NA CHOROBY: *otocz tak / nie i podkreśl właściwą chorobę:*

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. <b>Serca:</b> zawał, choroba niedokrwienna, wada serca, zaburzenia rytmu .....               | tak | nie |
| 2. <b>Krążenia:</b> nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, niewydolność serca .....          | tak | nie |
| 3. <b>Płuc:</b> astma, gruźlica, rozedma, POChP .....   | tak | nie |
| 4. <b>Wątroby:</b> żółtaczką, marskość, stłuszczenie, wirusowe zapalenie wątroby .....          | tak | nie |
| 5. <b>Układu moczowego:</b> niewydolność lub zapalenie nerek, kamica .....                      | tak | nie |
| 6. <b>Tarczycy:</b> nadczynność, niedoczynność, Hashimoto, wole, guzy .....                     | tak | nie |
| 7. <b>Metaboliczne:</b> cukrzyca, dna moczanowa, porfiria .....                                 | tak | nie |
| 8. <b>Układu nerwowego:</b> padaczka, udar, niedowład, miastenia .....                          | tak | nie |
| 9. <b>Zmiany nastroju:</b> depresje, nerwice, choroby psychiczne, choroba alkoholowa .....      | tak | nie |
| 10. <b>Choroby kręgosłupa i stawów:</b> zwyrodnienia, dyskopatie, urazy .....                   | tak | nie |
| 11. <b>Choroby krwi:</b> skłonność do krwawień, <b>małopłytkowość</b> , zatorowość płucna ..... | tak | nie |
| 12. <b>Inne:</b> nowotwory, choroba wrzodowa żołądka, żylaki, obrzęki kończyn dolnych .....     | tak | nie |
| 13. Czy pali Pani papierosy, nadużywa alkoholu, używa środki psychoaktywne .....                | tak | nie |
| 14. Czy ma Pani wyjmowane protezy zębowe, szkła kontaktowe, inne protezy .....                  | tak | nie |
| 15. Inne choroby, dolegliwości (jakie?) .....   |     |     |

#### **ZALECENIA DLA PACJENTEK:**

1. Powstrzymać się od jedzenia i picia przez 6 godzin przed znieczuleniem - **BARDZO WAŻNE !!!**  
Lekarz/położna na oddziale może zalecić wypicie ok. 100ml klarownego płynu nie później niż 2 godz. przed planowym znieczuleniem.
2. Do znieczulenia należy być bez biżuterii, makijażu, pomalowanych paznokci, ruchomych protez.

#### **OŚWIADCZENIE PACJENTKI I ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE**

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę na temat znieczulenia. Podczas tej rozmowy mogłam pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić podczas i po operacji. Nie mam więcej pytań. Na postawione w ankiecie pytania udzieliłam odpowiedzi zgodnie z prawdą. Zapoznałam się z zaleceniami przedoperacyjnymi. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. przetaczanie płynów, podawanie leków niezbędnych w czasie i po zabiegu, w tym **preparatów krwi**. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia oraz leczenie ewentualnych powikłań. Niniejszym proszę o przeprowadzenie u mnie znieczulenia do cięcia cesarskiego. *podkreśl właściwe:*

*Zgadzam się na znieczulenie regionalne lub ogólne / Nie zgadzam się na znieczulenie .....*

UWAGI: .....

Data ..... **Podpis pacjentki** .....

**WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG:** Wyraźne obrzęki: tak / nie ..... płuca – szmer płucny / .....

serce-miarowo / ..... tony czyste / ..... Stan neurologiczny – bez wyraźnych ubytków / .....

Rozpoznanie: .....

..... ASA ..... Mallampati .....

Data ..... Pieczęć i podpis anestezjologa: