

**ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA - dla dzieci**

ZGODA NA ZNIECZULENIE

**WYPEŁNIA RODZIC / OPIEKUN PRAWNY**

Nazwisko i imię dziecka ..... lat .....

Data urodzenia ..... Masa ciała dziecka ..... kg Oddział .....

Rodzaj zabiegu .....

**Przeczytaj:** Ankieta przedoperacyjna służy zebraniu i udokumentowaniu informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego i bezpiecznego postępowania anestezjologicznego. Prosimy o uważne przeczytanie ankiety i udzielenie dokładnych odpowiedzi na zadane pytania, gdyż brak pełnej informacji o stanie zdrowia Państwa Dziecka może przyczynić się do wystąpienia powikłań. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć w trakcie rozmowy z anestezjologiem. Proszę podpisać zgodę na znieczulenie.

**WYWIAD:** (właściwą odpowiedź tak / nie otocz obwódką i podkreśl właściwą chorobę)

1. Czy dziecko jest UCZULONE na leki, pokarmy, inne alergeny ? ..... tak ..... nie  
Jeśli tak, to na co .....
2. Czy dziecko jest aktualnie chore, przeziębione, ma infekcję ? ..... tak ..... nie
3. Czy dziecko było leczone lub szczepione w ciągu ostatnich 14 dni? ..... tak ..... nie  
Z powodu jakiej choroby? Jakie leki ? .....
4. Czy dziecko na stałe otrzymuje leki, jakie ? ..... tak ..... nie
5. Czy dziecko było już leczone/operowane w szpitalu ? ..... tak ..... nie  
Na co i kiedy? .....
6. Czy znieczulenie u dziecka lub krewnych miało powikłania ? ..... tak ..... nie  
Co zaszło? .....
7. Czy rozwój psychofizyczny dziecka jest prawidłowy ? ..... tak ..... nie
8. Czy dziecko ma padaczkę, mózgową porażenie dziecięcą, zaburzenia zachowania? ... tak ..... nie
9. Czy dziecko chorowało na zapalenie oskrzeli, astmę, zapalenie krtani ? ..... tak ..... nie
10. Czy u dziecka stwierdzono wadę serca, zaburzenia rytmu, ograniczoną wydolność ? .. tak ..... nie
11. Czy kiedykolwiek podczas gorączki wystąpiły drgawki ? ..... tak ..... nie
12. Czy dziecko chorowało na żółtaczkę inną niż po urodzeniu ? ..... tak ..... nie
13. Czy ma nadmierną skłonność do samoistnych krwawień, krwiaków, siniaków ? ... tak ..... nie
14. Czy dziecko choruje na choroby nerek, hemofilię ? ..... tak ..... nie
15. Czy dziecko choruje na cukrzycę, choroby tarczycy ? ..... tak ..... nie
16. Czy cierpi na osłabienie mięśni, choroby/dystrofie nerwowo-mięśniowe ? ..... tak ..... nie
17. Czy dziecko ma wady rozwojowe, jakie ? ..... tak ..... nie
18. Czy dziecko ma ruszające się zęby, które ? ..... tak ..... nie
19. Czy dziecko ma inne dolegliwości, choroby, nowotwory, przeżyło ciężkie urazy ? ... tak ..... nie  
Jakie? .....

Bolesne badania diagnostyczne i zabiegi operacyjne wykonuje się w znieczuleniu ogólnym lub regionalnym, obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenie poprzedza ocena stanu zdrowia dziecka oraz zlecenie i podanie leków uspokajających i przeciwbólowych (premedykacja), co powoduje uspokojenie dziecka i ułatwia bezpieczne rozpoczęcie znieczulenia indywidualnie dobranego dla każdego pacjenta.

Odpowiedzialnym za przeprowadzenie bezpiecznego znieczulenia i zapewnienie komfortu dziecku podczas zabiegu jest lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna. **POWIKŁANIA** znieczuleń to: zachłyśnięcie treścią żołądka, reakcja uczuleniowa, niedotlenienie, zaburzenia oddychania i pracy serca, wahania ciśnienia krwi, hipertermia złośliwa, uszkodzenie jamy ustnej, gardła, krtani, nudności i wymioty pooperacyjne, a po blokadach także uszkodzenia nerwów, krążeniowe, bóle głowy popunkcyjne. Ciężkie powikłania zdarzają się rzadko, a zgon związany ze znieczuleniem 1 na 200tys. znieczuleń. W celu zapewnienia bezpieczeństwa znieczulenia zespół anestezjologiczny monitoruje stan pacjenta, a jeśli powikłania wystąpią natychmiast je rozpoznaje i leczy.

**ZALECENIA DLA RODZICÓW:** przez 6 godzin przed znieczuleniem nie wolno dziecku ani jeść, ani pić, aby po podaniu środków znieczulających, które powodują zniesienie naturalnych odruchów obronnych, nie doszło do przedostania się treści pokarmowej z żołądka do dróg oddechowych. Takie powikłanie jest bardzo groźne!!! Ostatnie karmienie mlekiem matki - 4 godziny przed znieczuleniem. Lekarz/pielęgniarka na oddziale może zalecić wypicie do 100ml klarownego płynu nie później niż 2 godz. przed **planowym** znieczuleniem.

### **OŚWIADCZENIE RODZICÓW DZIECKA I ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE:**

Zapoznałem/am się z zaleceniami. Rozumiem, na czym będzie polegać znieczulenie do operacji mojego dziecka oraz, że może wiązać się z nim ryzyko powikłań. Podczas rozmowy mogłem/em pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia.. NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.

**ZGADZAM SIĘ NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA U MOJEGO DZIECKA.** Zgadzam się na towarzyszące postępowanie medyczne tj. infuzje płynów, preparatów krwiopochodnych, podawanie leków, a także **krwi**. Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, których konieczność wyniknie w toku oraz na leczenie ewentualnych powikłań.

Nie zgadzam się na ..... Data .....

Inne uwagi: .....

..... **Podpis rodzica/opiekuna prawnego** .....

**Podpis dziecka** ( jeśli ma skończone 16 lat).....

**WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG:** Stan ogólny: dobry/ średni / ciężki

płuca – szmer pęcherzykowy/ .....

serce-miarowo / ..... tony czyste / ..... brzuch miękki/ .....

Stan neurologiczny – bez wyraźnych objawów ubytkowych / ..... Uwagi- .....

Rozpoznanie: .....

ASA ..... Mallampati ..... Proponowane znieczulenie .....

**Szczególne badania/konsultacje do wykonania przed operacją** ( poza standardem): .....

UWAGI: .....

**DZIECKO ZAKWALIFIKOWANE / NIE ZAKWALIFIKOWANE** do znieczulenia. Ponowna kwalifikacja za .....

Data ..... Pieczęć i podpis anestezjologa:

Formularz opracował lek. Tadeusz Małas, wersja 2024.03.28.