

CHORZOWSKIE CERNTRUM PEDIATRII I ONKOLOGII

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

NAZWISKO I IMIĘ

Data urodzenia

PESEL

Waga kg

NR KS. GŁ

ZNIECZULENIE DO BADANIA

Drodzy Rodzice!

Za przeprowadzenie znieczulenia, jak również utrzymanie podczas zabiegu ważnych dla życia czynności organizmu, odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog. Jego współpraca z lekarzem przeprowadzającym zabieg służy bezpieczeństwu Państwa dziecka. W niektórych przypadkach znieczulenie ogólne będzie uzupełnione znieczuleniem przewodowym (miejscowym), powodującym bezbolesność, także kilka godzin po zabiegu. Wymieramy zawsze postępowanie, które jest najlepsze do przewidywanego zabiegu i najmniej obciąża dziecko. Jednak nie ma zabiegu bez ryzyka. Starannie odpowiadając na pytania zadane w ankiecie, umożliwiacie Państwo wybór optymalnego sposobu postępowania podczas zabiegu. Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia, na ogół bardzo rzadkich albo stosunkowo niewielkich (uszkodzenie zębów podczas intubacji, podrażnienie żyły, nudności i wymioty).

Proszę uwzględnić polecenia zapobiegawcze powikłaniom.

Aby wykonać zabieg dziecko nie może być w trakcie ani bezpośrednio po chorobie infekcyjnej, a w szczególności nie może mieć podwyższonej temperatury ciała, kaszlu, biegunki, wysypki itd.

W celu zapobiegnięcia przypadkom dostania się treści pokarmowej z wypełnionego żołądka do dróg oddechowych 6 godz. przed zabiegiem naszym małym pacjentom nie wolno jeść ani pić. Niemowląt nie można karmić 4 godziny przed zabiegiem. Proszę nie pozostawiać przed zabiegiem jedzenia ani picia a także żadnych słodyczy, owoców, gumy do żucia.

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:

1. Z powodu jakich chorób Państwa dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

.....

2. Czy Państwa dziecko było już kiedyś operowane? Jeżeli tak, to kiedy i z jakiego powodu?

.....

3. Czy obserwowano podczas znieczulenia szczególne reakcje?

.....

4. Jakie lekarstwa Państwa dziecko przyjmuje na stałe?

.....

5. Czy państwa dziecko cierpi lub cierpiało kiedyś na którąś z wymienionych chorób?

- **Schorzenie mięśni, osłabienie mięśni (miastenia)**.....
Czy takie schorzenia występowały lub występują u bliskich krewnych dziecka?

.....

- **Układ krążenia (serce)**

Czy ma wadę serca?

Czy wydolność fizyczna jest ograniczona?

Czy sinieje przy dużych wysiłkach?

- **Układ oddechowy**

Czy często choruje na zapalenie oskrzeli?

Czy ma duszność?

Czy choruje na astmę?

Czy choruje na inne schorzenia płuc?

- **Wątroba**

Czy kiedykolwiek przechodziło żółtaczkę?

