

## PROTOKÓŁ ZNIECZULENIA

nazwisko i imię:

wiek:  waga:  wzrost:

PESEL:  data urodzenia

zabieg:

### RODZAJ ZNIECZULENIA:

dożylna:  przewodowa:  maska krtaniowa:

domięśniowa:  intubacja:  wziewna:

miejsce założenia kaniuli:

RR początkowe:  końcowe:

Tętno początkowe:  końcowe:

SpO2 początkowe:  końcowe:

### PREMEDYKACJA:

1:

2:

3:

### PODANE LEKI W TRAKCIE ZNIECZULENIA:

1:

2:

3:

czas trwania znieczulenia: od  do

UWAGI: .....

.....

.....

lekarz anestezjolog

pielęgniarka anestezjologiczna

.....

.....

## ANKIETA PRZED ZNIECZULENIEM

nazwisko i imię:

PESEL:

data urodzenia

adres:

- Czy występuje jakiegokolwiek uczulenie? Jeśli tak to jakie?..... TAK  NIE
- Czy była Pani/był Pan wcześniej znieczulana/y? TAK  NIE
- Czy wystąpiły jakiegokolwiek powikłania po znieczuleniu? TAK  NIE
- Czy leczy się Pani/Pan na nadciśnienie? TAK  NIE
- Czy choruje Pani/Pan na chorobę wieńcową? TAK  NIE
- Czy choruje Pani/Pan na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli? TAK  NIE
- Czy choruje Pani/Pan na nerki? TAK  NIE
- Czy choruje Pani/Pan na jaskrę? TAK  NIE
- Czy choruje Pani/Pan na żółtaczkę? TAK  NIE
- Czy choruje Pani/Pan na padaczkę lub czy kiedykolwiek wystąpiły drgawki? TAK  NIE
- Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę? TAK  NIE
- Czy choruje Pani/Pan na tarczycę? TAK  NIE
- Czy ma Pani/Pan skłonności do krwawienia? TAK  NIE
- Czy jest Pani w ciąży? TAK  NIE
- Czy zażywa Pani/Pan jakieś leki? Jakież? ..... TAK  NIE
- Czy ma Pani/Pan protezę zębową? TAK  NIE
- Czy pali Pani/Pan papierosy? TAK  NIE
- Inne choroby. Jakież? ..... TAK  NIE

### BADANIA FIZYKALNE:

.....

.....

.....

### OŚWIADCZENIE PACJENTKI / PACJENTA:

Oświadczam, że jestem poinformowana/poinformowany o rodzaju znieczulenia, któremu będę poddawana/poddawany i o problemach z nim związanych. Mogłam/Mogłem pytać o wszystkie zagadnienia. Oświadczam, iż nie zataiłam/zataiłem żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia. Wyrażam zgodę na znieczulenie i postępowanie anestezyjologiczne. Ostatni posiłek spożyłam/spożyłem o godzinie.....Ostatnio piłam/piłem o godzinie.....

Oświadczam, że w ciągu 12 godzin po znieczuleniu nie będę prowadzić pojazdów mechanicznych i obsługiwać urządzeń oraz podejmować decyzji, a w szczególności podpisywać umów i zobowiązań. W tym okresie mam zapewnioną opiekę innej pełnoletniej osoby.

*podpis lekarza*

*podpis pacjentki / pacjenta*

.....

.....