



**PRZEDOPERACYJNA ANKIETA  
ANESTEZJOLOGICZNA I ŚWIADOMA  
ZGODA PACJENTA**

**Znieczulenie do kolonoskopii**

**WYPEŁNIA PACJENT:**

**IMIE:** \_\_\_\_\_ **NAZWISKO:** \_\_\_\_\_ **PESEL:** \_\_\_\_\_

**WIEK:** \_\_\_\_\_ **WAGA:** \_\_\_\_\_ **WZROST:** \_\_\_\_\_ **PLANOWANA DATA ZABIEGU:** \_\_\_\_\_

**Uczulenia:** \_\_\_\_\_ **TAK NIE**  
na co: \_\_\_\_\_

**Znieczulenia** \_\_\_\_\_ **TAK NIE**  
do jakiej operacji /kiedy? \_\_\_\_\_

**Powikłania znieczuleń**, czyli związane z usypianiem lub wybudzaniem po operacji lub zabiegu  
**TAK NIE**  
jakie: \_\_\_\_\_

**Obecnie zażywane leki** \_\_\_\_\_ **TAK NIE**  
jakie?  
\_\_\_\_\_

Nadciśnienie <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zawał mięśnia sercowego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Arytmie <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wady serca <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Padaczka/drgawki <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Astma <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Przewlekłe zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Rozedma <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jaskra <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Choroby wątroby <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Cukrzyca <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE typ.....
Porfiria <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Choroby nerek <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Skłonność do nadmiernych krwawień <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Inne dolegliwości <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE jakie? .....

Inne dolegliwości \_\_\_\_\_

Papierosy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Protezy zębowe <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ciąża obecnie <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	---	--

Potwierdzam, że powyższe dane są pełne i zgodne ze stanem faktycznym  
data i pełny podpis pacjenta.....

## INFORMACJA DLA PACJENTA O PROCEDURZE :

### RODZAJ ZNIECZULENIA:

Krótkotrwałe znieczulenie ogólne dożylnie i towarzyszące mu postępowanie anestetyczne ma na celu wyłączenie bólu i lęku oraz zmniejszenie dyskomfortu związanego z zabiegiem. Podczas znieczulenia pacjent/ka jest pod stałym nadzorem lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej, a jego/jej funkcje życiowe czyli praca serca, oddech, ciśnienie tętnicze i natlenienie krwi są stale monitorowane.

### OPIS ZNIECZULENIA:

Krótkotrwałe znieczulenie dożylnie polega na podawaniu leków przeciwlękowych, przeciwbólowych i nasennych drogą dożylną. Wszystkim pacjentom/kom podawany jest tlen.

### KORZYŚCI:

Podczas tego rodzaju znieczulenia pacjent/-ka nie odczuwa bólu, a świadomość jest okresowo ograniczona lub całkowicie wyłączona.

### MOŻLIWE POWIKŁANIA:

Znieczulenie, jak każde działanie lekarskie, obarczone jest pewnym ryzykiem powikłań. Prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań groźnych dla życia jest znikome, zależy przede wszystkim od stanu ogólnego pacjenta/ki i rodzaju wykonywanego zabiegu.

Do najczęstszych powikłań należą:

- reakcja alergiczna na leki,
- zaburzenia czynności układu oddechowego i krążenia.

Zespół anestetyczny jest przygotowany do natychmiastowego skutecznego leczenia tych powikłań. Ponieważ większość stosowanych w czasie znieczulenia środków eliminowana jest z ustroju przez długi czas, pacjent/-ka nie powinna przez 24 godziny pozostawać sam/a, a do domu winien/na być odprowadzony/a przez odpowiedzialną osobę. Nie można przez co najmniej 24 godziny prowadzić samochodu i innych pojazdów, ani też obsługiwać maszyn. Można odczuwać zawroty głowy, szczególnie przy zmianie pozycji. Rzadko mogą występować nudności.

### TREŚCI FORMALNE – DLA PACJENTA:

- Wyrażam dobrowolnie zgodę na krótkotrwałe znieczulenie ogólne dożylnie i towarzyszące mu postępowanie anestetyczne, w tym niezbędną zmianę rodzaju znieczulenia**
- Zapoznałem(am) się z otrzymaną i opisaną powyżej informacją dla pacjenta i zrozumiałem(am) wszystkie zawarte w niej informacje, wyjaśniono mi cel i sposób przeprowadzenia znieczulenia, a wszelkie wątpliwości zostały mi przystępnie wyjaśnione.
- Zostałem poinformowany(a) i jestem świadomy(a), że proponowana procedura może wiązać się z określonymi powikłaniami.
- Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem(łam) istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.
- Oświadczam, iż miałem(am) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej procedury i otrzymałem(łam) na nie wyczerpującą odpowiedź.

Data ..... Podpis pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta .....

**Nie wyrażam zgody na powyższe znieczulenie, zostałem/-am poinformowany/-a o konsekwencjach tej decyzji**

\_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta

## **BADANIE FIZYKALNE w dniu znieczulenia**

układ oddechowy \_\_\_\_\_

układ krążenia \_\_\_\_\_

inne: \_\_\_\_\_

Data, godzina: \_\_\_\_\_ Podpis i pieczęć lekarza: \_\_\_\_\_

### **TREŚCI FORMALNE – DLA LEKARZA:**

Oświadczam, że:

- ☐ Pacjent został poinformowany o celu, sposobie wykonania znieczulenia, korzyściach oraz potencjalnych powikłaniach. Udzieliłem(am) odpowiedzi na wszystkie pytania pacjenta i upewniłem(am) się, że podjęta przez niego decyzja jest świadoma i dobrowolna.
- ☐ Pacjent z zaburzeniami świadomości - zabieg został wykonany z przyczyn życiowych (zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta).

\_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię lekarza (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza