

### Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna dla Dzieci

**Drodzy Rodzice/Opiekunowie!**

Ankieta anestezjologiczna służy poprawieniu bezpieczeństwa znieczulenia Państwa Dziecka. Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników znieczulenia. Proszę dokładnie wypełnić ankietę, a wszelkie ewentualne wątpliwości wyjaśni Państwo podczas rozmowy z anestezjologiem. Zgodę na znieczulenie proszę podpisać w jego obecności.

Imię i nazwisko Dziecka ..... Wiek .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wzrost ..... Waga .....

Rodzaj zabiegu .....

1. Dziecko było leczone w ciągu ostatnich trzech miesięcy?  
Z powodu jakiej choroby?

TAK  NIE

2. Dziecko było szczepione w ciągu ostatnich trzech tygodni?

TAK  NIE

3. Dziecko przyjmuje lekarstwa?  
Jakie?

TAK  NIE

4. Dziecko było już kiedyś operowane?  
Jeżeli tak, to kiedy i dlaczego?

TAK  NIE

Czy obserwowano w czasie narkozy szczególne reakcje?  
Jeżeli tak, to jakie?

TAK  NIE

Czy u bliskich krewnych dziecka doszło w związku z narkozą do niewyjaśnionych powikłań?

TAK  NIE

5. Czy Państwa Dziecko otrzymywało kiedyś transfuzję krwi?

TAK  NIE

Czy towarzyszyły temu komplikacje?

TAK  NIE

6. Czy u Dziecka występują schorzenia mięśni lub osłabienia mięśni (miastenia)?  TAK  NIE
- Czy schorzenia takie występowały lub występują u bliskich Dziecka?  TAK  NIE
7. Czy wydolność fizyczna Dziecka jest ograniczona?  TAK  NIE
- Czy Dziecko sinieje przy dużych wysiłkach?  TAK  NIE
- Czy ma silną duszność przy wysiłkach?  TAK  NIE
- Czy Dziecko ma wadę serca?  TAK  NIE
- Jaką? .....
8. Czy Dziecko choruje na zapalenie oskrzeli?  TAK  NIE
- Czy ma duszności?  TAK  NIE
- Czy choruje na astmę?  TAK  NIE
- Czy choruje na gruźlicę?  TAK  NIE
- Czy choruje na inne schorzenia płuc?  TAK  NIE
- Jakie?.....
9. Czy Dziecko przechodziło żółtaczkę (niefizjologiczną)?  TAK  NIE
- Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień?  TAK  NIE
- Czy ma skłonność do siniaków?  TAK  NIE
- Czy ma często zapalenia pęcherza moczowego?  TAK  NIE
10. Czy Dziecko cierpi na choroby układu nerwowego?  TAK  NIE
- Czy ma lub miało drgawki?  TAK  NIE
- Kiedy? .....
11. Czy Dziecko cierpi na katar sienny?  TAK  NIE
- Czy miało wysypki po lekach lub innych substancjach?  TAK  NIE
- Jakich? .....
12. Czy Dziecko choruje na:
- Cukrzycę  TAK  NIE
- Inne schorzenia gruczołów wydzielania wewnętrznego, nietolerancję fruktozy  TAK  NIE  
(cukier owocowy, soki, owoce)
13. Czy Dziecko choruje na oczy?  TAK  NIE

- .....
14. Czy Dziecko ma uszkodzone zęby (ruszające się zęby, aparaty i protezy zębowe)?  TAK  NIE
15. Czy Dziecko ma częste zapalenia migdałków?  TAK  NIE
- Kiedy ostatnio? .....
16. Czy Dziecko choruje na uszy?  TAK  NIE
- Kiedy ostatnio? .....
17. Dodatkowe informacje (np. niewymienione tutaj schorzenia poprzedzające chorobę i/lub kalectwo  
.....

### Wyrażenie zgody

Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

Wyrażam zgodę na przygotowawcze i towarzyszące postępowanie anestezjologiczne, łącznie z ewentualnymi i koniecznymi dodatkowymi zabiegami (np. założenie cewnika dożylnego, konieczna transfuzję w czasie i po zabiegu).

Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany i rozszerzenia postępowania anestezjologicznego.

Uwaga o ewentualnym ograniczeniu zgody , np. ze względu na określone postępowanie anestezjologiczne lub zabiegi dodatkowe: .....

Poznań, dnia .....

.....

podpis Rodzica/Opiekuna

.....

pieczętka i podpis lekarza

### Końcowe badanie anestezjologiczne

Temperatura ..... Ciśnienie tętnicze ...../..... Tętno .....

Badanie układu krążenia .....

Badanie układu oddechowego .....

Problemy specyficzne .....

Uwagi .....

ASA .....

Zlecona premedykacja .....

.....

pieczętka i podpis lekarza