

Pediatryczny Kwestionariusz anestezjologiczny

Szczecin, dnia...../...../.....r.

Imię i nazwisko:..... PESEL.....

Rodzaj zabiegu operacyjnego:

Rozpoznanie:.....



Szanowni Państwo,

Wasze dziecko czeka w naszym szpitalu zabieg operacyjny, diagnostyczny lub leczniczy. Nasz zespół lekarzy anestezjologów ma za zadanie pomóc wykonać go w sposób bezbolesny i bezpieczny dla Państwa dziecka. Aby to było możliwe, musimy uzyskać od Państwa jak najwięcej informacji na temat jego stanu zdrowia i przebytych chorób (także w Państwa rodzinie). Dlatego też prosimy o dokładne odpowiedzi na poniższe pytania i dostarczenie pełnej dokumentacji zdrowia dziecka. Przed wypełnieniem ankiety anestezjologicznej prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami o znieczuleniu oraz o uśmierzaniu bólu pooperacyjnego. Następnie prosimy wypełnić ankietę. Kolejnym etapem będzie rozmowa z lekarzem anestezjologiem, który przedstawi najbardziej odpowiednią metodę znieczulenia do zabiegu operacyjnego oraz uzyska od Państwa zgodę na jej wykonanie. **Prosimy o rzetelne odpowiedzi.**

Informacje o przygotowaniu do znieczulenia:

Lekarz anestezjolog przeprowadza znieczulenie pacjenta do operacji i bolesnych zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych. W zależności od rodzaju operacji i stanu zdrowia pacjenta, w porozumieniu z chirurgiem, anestezjolog decyduje o rodzaju znieczulenia. Podczas trwania operacji anestezjolog odpowiedzialny jest za wyeliminowanie bólu oraz kontroluje ważne funkcje życiowe. Dla każdego pacjenta wybierane jest takie znieczulenie, które najmniej obciąża organizm i jednocześnie pozwala na precyzyjne przeprowadzenie operacji. Powikłania zagrażające życiu w czasie znieczulenia i trwania zabiegu operacyjnego występują rzadko, choć w przypadku każdego rodzaju interwencji istnieje ryzyko zgonu, lub trwałego uszczerbku na zdrowiu. Rzetelne wypełnienie ankiety anestezjologicznej pozwoli na dostosowanie postępowania anestezjologicznego do indywidualnych potrzeb w celu minimalizacji ryzyka.

Informacja o dostępnych rodzajach znieczulenia:

1. **Sedacja:** w tym celu pacjentowi podawane są drogą doustną, lub dożylną odpowiednie leki (uspakajające, nasenne). Pacjent ma zachowaną świadomość, odczuwa senność i równocześnie przestaje czuć niepokój w czasie zabiegu.
2. **Analgesedacja:** to jednoczesne zastosowanie leków o działaniu uspokajającym i nasennym (sedacja) oraz leków o działaniu przeciwbólowym (analgezja). Stosowana jest przy bolesnych zabiegach diagnostycznych oraz w intensywnej terapii.
3. **Znieczulenie regionalne (blokada obwodowa lub centralna):** powoduje zniesienie odczuwania bólu, ciepła, zimna w określonym obszarze ciała; może towarzyszyć temu blokada ruchowa. Znieczulenie następuje w wyniku podania leków w okolicę nerwów zaopatrujących dany obszar ciała (nerwów obwodowych i/lub splotów nerwowych, do przestrzeni podpajęczynówkowej lub zewnątrzoponowej). Znieczulenie regionalne pozwala na zachowanie przytomności i świadomości pacjenta podczas operacji. Może być połączone z sedacją.
- **Znieczulenie podpajęczynówkowe:** lek podawany jest bezpośrednio do płynu mózgowo-rdzeniowego poprzez nakłucie okolicy lędźwiowej kręgosłupa specjalną cienką igłą. Rozpoczęcie blokady jest odczuwalne po kilku minutach. Czas trwania blokady wynosi przeciętnie do 30 minut u najmłodszych dzieci do 2 godzin u dzieci starszych. Możliwe powikłania po znieczuleniu podpajęczynówkowym to:
 - całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe,
 - zespół popunkcyjny,
 - spadek ciśnienia krwi, zwolnienie akcji serca, zatrzymanie krążenia,
 - nudności i wymioty; spadek temperatury ciała, dreszcze, zatrzymanie moczu,
 - powikłania neurologiczne bardzo rzadkie (od 1:100 000 do 1:200 000 znieczuleń): krwaki podpajęczynówkowy, zapalenie opony pajęczynowej, ropień przestrzeni podpajęczynówkowej, aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zespół ogona końskiego objawiający się: zaburzeniami oddawania moczu, zaburzeniami czucia w okolicy krocza.
- **Znieczulenie zewnątrzoponowe/krzyżowe:** leki podawane są do przestrzeni zewnątrzoponowej poprzez nakłucie w odcinku lędźwiowym lub krzyżowym, niekiedy w części piersiowej lub szyjnej. Może być prowadzone jako jednorazowe nakłucie z podaniem pojedynczej dawki leku lub - po założeniu specjalnego cienkiego cewnika – metodą ciągłego wlewu leków

przeciwbólowych przez kilka dni. Rozpoczęcie blokady jest odczuwalne po kilkunastu minutach. Zależnie od zastosowanych leków można znieść całkowicie odczuwanie bólu i zimna, a niekiedy wywołać blokadę ruchową. Czas trwania blokady zależy od rodzaju użytych leków oraz tego, czy pozostawiono cewnik w przestrzeni zewnątrzoponowej i dodawane są kolejne dawki leków. Możliwe powikłania po znieczuleniu zewnątrzoponowym są analogiczne do wymienionych przy znieczuleniu podpajęczynówkowym. Ponadto może wystąpić:

- niezamierzone nakłucie opony twardej,
 - nakłucie naczynia w przestrzeni zewnątrzoponowej,
 - powikłania neurologiczne: krwiak lub ropniak przestrzeni zewnątrzoponowej, uraz korzeni nerwowych, zespół tętnicy rdzeniowej przedniej, zapalenie rdzenia.
- **Blokady obwodowe:** lek podawany jest specjalną igłą w okolicę nerwu obwodowego i/lub splotu nerwowego. Techniki lokalizacji struktur nerwowych opartej o ultrasonografię oraz z użyciem stymulatora nerwów obwodowych przyczyniają się do zwiększenia zarówno skuteczności jak i bezpieczeństwa wykonywanej blokady. Czas trwania blokady może wynosić nawet do 24 godzin. Blokada nerwów obwodowych może być stosowana jako samodzielny rodzaj znieczulenia lub jako forma leczenia p/bólowego po zabiegu operacyjnym. Wykonana może być w zakresie kończyn górnych i dolnych oraz tułowia i głowy.

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA / PACJENTKI NA ZNIECZULENIE **(proszę podpisać w obecności anestezjologa)**

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą postępowanie przed, podczas i po zabiegu. Oświadczam, że podane w ankiecie anestezjologicznej informacje są zgodne z prawdą. Stwierdzam, że zrozumiałem/zrozumiałam wszystkie podane informacje i podczas konsultacji miałem/miałam możliwość zadawania pytań oraz uzyskania pełnych, zrozumiałych i satysfakcjonujących odpowiedzi na wszystkie moje pytania. Więcej pytań nie mam.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o alternatywnych sposobach znieczulenia i uśmierzania bólu. Uzyskałem/uzyskałam informację o wadach, zaletach oraz możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach (następstwach) związanych ze znieczuleniem i leczeniem bólu. Po rozmowie z lekarzem anestezjologiem zgadzam się bez zastrzeżeń na wykonanie proponowanego rodzaju znieczulenia u mojego dziecka:

Znieczulenie ogólne:	☐ Tak	☐ Nie
Znieczulenie podpajęczynówkowe:	☐ Tak	☐ Nie
Znieczulenie zewnątrzoponowe:	☐ Tak	☐ Nie
Blokady regionalne:	☐ Tak	☐ Nie
Sedację/Analgesję	☐ Tak	☐ Nie
Inne:.....		

do planowanego zabiegu operacyjnego oraz towarzyszące znieczuleniu niezbędne postępowanie medyczne.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu znieczulenia w niezbędnym zakresie, zgodnie z aktualnymi zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.

Ponadto, przyjmuję do wiadomości i wyrażam świadomą zgodę na uzasadnione medycznie, niezbędne dla mojego dziecka dobra, rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (leczenie wspierające funkcje układu krążenia, oddychania, nerek, założenie centralnego dostępu żylnego, dostępu do tętnicy i in.), w razie konieczności powstałych w czasie zabiegu i niespodziewanych okoliczności.

☐ Wyrażam świadomą zgodę na zastosowanie u mojego dziecka leków powszechnie stosowanych, ale niezarejestrowanych w lecznictwie pediatrycznym w przypadku ratowania życia dziecka.

☐ Wyrażam zgodę na przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, jeśli będzie to konieczne dla ratowania życia i zdrowia mojego dziecka.

☐ W żadnym wypadku ,nawet w sytuacji zagrożenia życia, nie życzę sobie przetaczania preparatów krwiopochodnych

.....
Podpis

Poradnia Anestezjologiczna Data:/...../.....r.	Data:/...../.....r.	Data:/...../.....r.
..... Podpis lekarza – anestezjologa	 Podpis prawnego opiekuna Podpis Pacjenta*	☐ Potwierdzam prawdziwość danych i kwalifikację do znieczulenia.* ☐ Potwierdzam wyniki badań.* ☐ Kwalifikuję do znieczulenia w przypadku braku wizyty w poradni anestezjologicznej. Podpis lekarza - anestezjologa * w przypadku wcześniejszej kwalifikacji w Poradni Anestezjologicznej

Oświadczam, iż pozostali opiekunowie prawni dziecka wyrażają zgodę na znieczulenie

Imię i nazwisko opiekuna

Oświadczam, iż jestem jedynym opiekunem prawnym dziecka

Podpis opiekuna

☐ Świadoma zgoda niemożliwa do uzyskania (chory nieprzytomny/ pod wpływem leków usypiających/ środków psychoaktywnych/ brak możliwości porozumienia się z pacjentem/ inne przyczyny). Ze względu na bezpośrednie ryzyko utraty zdrowia i życia zabieg oraz znieczulenie konieczne do przeprowadzenia ze wskazań życiowych.

Uwagi:

.....

* w przypadku pacjenta nieletniego, który ma ukończone 16 lat wymagany podpis pacjenta i rodzica/prawnego opiekuna

Możliwe powikłania po blokadzie regionalnej, w zależności od jej rodzaju to:

- *bezpośrednie uszkodzenie nerwu igłą*
- *w przypadku nakłucia naczynia krwionośnego - powstanie krwiaka*
- *infekcje*
- *napad drgawek, utrata przytomności, a w skrajnych przypadkach zaburzenia oddechowe i krążeniowe.*
- *w przypadku blokad w obrębie tułowia jako pojedyncze przypadki na świecie opisywane jest nakłucie otrzewnej, narządów jamy brzusznej, odma opłucnowa*

4. Znieczulenie ogólne (narkoza): stosując odpowiednie leki uzyskuje się czasowe, odwracalne ograniczenie czynności ośrodkowego układu nerwowego umożliwiając zniesienie jakichkolwiek wrażeń w trakcie operacji. Ponadto, w celu utrzymania drożnych dróg oddechowych zakładana jest rurka intubacyjna lub maska krtaniowa, a oddech zastępczy prowadzony jest przy użyciu respiratora. Podstawowe funkcje życiowe są monitorowane podczas całego znieczulenia w sposób ciągły, a rodzaj zastosowanych technik zależy od stanu zdrowia pacjenta i rodzaju operacji. Jednak pomimo prawidłowego prowadzenia znieczulenia ogólnego może dojść do powikłań:

- uszkodzenie zębów, chrypka, ból gardła, nudności, wymioty, dreszcze,
- reakcja alergiczna na leki lub inne nieprzewidywalne reakcje organizmu,
- drobne uszkodzenia – tj. uszkodzenie warg, zadrapanie, krwiak w miejscu kaniulacji naczynia;
- uszkodzenie krtani w wyniku laryngoskopii i intubacji, skurcz krtani, skurcz oskrzeli, zapalenie płuc,
- zachłyśnięcie (aspiracja do płuc treści pokarmowej, krwi); uszkodzenie wątroby, nerek,
- powikłania sercowo-naczyniowe (m.in.: obniżenie ciśnienia tętniczego, zawał serca, udar mózgu, nagłe zatrzymanie krążenia),
- uszkodzenia nerwów obwodowych wywołane ułożeniem na stole operacyjnym.

Informacje o uśmierzaniu bólu

Uśmierzanie bólu jest prawem każdego pacjenta. Ból jest konsekwencją choroby i przeprowadzonej operacji, ale istnieją skuteczne metody jego uśmierzania. W celu uzyskania lepszego efektu przeciwbólowego zazwyczaj łączy się kilka różnych leków. Odpowiednie dawki leków przeciwbólowych są ustalane z uwzględnieniem współistniejących chorób i masy ciała. Regularnie powtarzane określenie rodzaju i nasilenia bólu jest niezbędne do wyboru optymalnych leków przeciwbólowych. Uśmierzenie bólu do poziomu akceptowanego przez pacjenta warunkuje prawidłowy proces rekonwalescencji i rehabilitacji. Dlatego bardzo ważne jest informowanie personelu medycznego, **zawsze** wtedy, gdy ból jest odczuwany-nawet, jeżeli nastąpi to w nocy. Leki przeciwbólowe mogą być podawane różnymi drogami, choć optymalne w okresie okołoperacyjnym są: dożylna - przez wprowadzoną do żyły kaniulę; doustna - łatwo dostępną; przez cewnik umieszczony w przestrzeni zewnątrzoponowej lub okołonerkowej.

Leki przeciwbólowe mogą wywołać działania niepożądane (np. reakcję alergiczną, nudności, wymioty, ból brzucha, senność, dysfunkcję przewodu pokarmowego, nerek i wątroby), choć zdarza się to niezwykle rzadko.

Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem!

Bezwzględne zalecenia przed zabiegiem operacyjnym:

- Okres głodzenia przed znieczuleniem :
 - pokarmy stałe, gęste nieprzezroczyste napoje, mleko modyfikowane, mleko krowie, soki przecierowe - 6 godz
 - mleko matki - 4 godz
 - płyny przezroczyste (woda, herbata, napój bez gazu) - 2 godz

Należy zachęcać dzieci, aby wypili płyny przezroczyste na 2 godz przed znieczuleniem.

- Leki własne: w kwestii przyjmowanych leków zostaną Państwo poinformowani przez anestezjologa, które tabletki należy wziąć, a które pominąć przed operacją. Tabletki można popić małą ilością wody.
- Proszę zdjąć kolczyki, pierścionki,, łańcuszek, zegarek, itp. przed operacją.
- Proszę zdjąć szkła kontaktowe na czas zabiegu.
- Rano przed operacją proszę wykonać toaletę całego ciała i dokładną toaletę jamy ustnej środkami według zaleceń personelu medycznego (cele epidemiologiczne).

Ankieta Anestezjologiczna*			
1	Czy dziecko leczy się na stałe? Z jakiego powodu? Proszę podać dokładną nazwę leków oraz dawkowanie.	Tak	Nie
2	Czy dziecko było kiedyś operowane/znieczulane/ poddawane zabiegom diagnostycznym lub leczniczym? Proszę podać rodzaj zabiegu i kiedy się odbył.	Tak	Nie
3	Czy wystąpiły powikłania znieczulenia, trudności z intubacją, nasilone wymioty pooperacyjne?	Tak	Nie
4	Czy dziecko uczulone jest na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze (np. soję, jajko) środki kontrastowe, lateks, środki dezynfekcyjne, jodynę, kauczuk, metale, plaster, inne?.....	Tak	Nie
5	Dziecko urodziło się o czasie/przedwcześnie/ po czasie . W którym tygodniu ciąży?		
6.	Czy były powikłania okresu okołoporodowego? Czy dziecko wymagało pobytu w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka? Czy wymagało respiratoroterapii?Jesli tak jak długo?.....	Tak	Nie
7.	Choroby serca: wada serca, zaburzenia rytmu, niewydolność serca, zapalenie mięśnia sercowego, duszność, ból w klatce piersiowej, szmer nad sercem, inne ?.....	Tak	Nie
8.	Jeżeli w pkt 7 odpowiedź Tak to czy dziecko jest pod kontrolą kardiologa/ poradni kardiologicznej. Kiedy wykonywane było ostatni raz badanie echokardiograficzne serca?	Tak	Nie
9	Choroby krążenia: nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie płucne	Tak	Nie
10	Choroby układu oddechowego: astm, zapalenie płuc, nawracające infekcje dróg oddechowych, przewlekła niewydolność oddechowa, bezdech, chrapanie, dysplazja oskrzelowo-płucna?	Tak	Nie
11	Choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy: zapalenie, choroba wrzodowa, zgaga, refluks, przepuklina rozworu przełykowego, wymioty, trudności w karmieniu?	Tak	Nie
12	Choroby wątroby i dróg żółciowych: wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczk (zakaźna typu A, B, C, inne), niewydolność wątroby?	Tak	Nie
13	Choroby nerek: zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych, przewlekła choroba nerek, uszkodzenie nerek w przebiegu innych chorób? Czy wymaga dializoterapii?.....	Tak	Nie
14	Choroby endokrynologiczne: choroby przysadki, tarczycy, przynadnerecz, nadnerecz, trzustki?	Tak	Nie
15	Choroby przemiany materii: cukrzyca (typ?), otyłość, wyniszczenie?.....	Tak	Nie
16	Choroby reumatologiczne oraz kości i stawów: zapalenie stawów, obrzęk stawów, inne?	Tak	Nie

17	Zaburzenia psychiczne: depresja, zaburzenia lękowe, ADHD, autyzm, inne?	Tak	Nie
18	Choroby oczu: jaskra, zaćma, wada wzroku, ślepotą?	Tak	Nie
19	Choroby neurologiczne: padaczka, uraz mózgu, niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowicze, omdlenia, miopatie, inne?.....	Tak	Nie
20	Choroby krwi i układu krzepnięcia: hemofilia, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego? Czy ma u dziecka występuje zwiększona skłonność do siniaków, krwawień?	Tak	Nie
21	Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na dystrofię mięśniową, hipertermię złośliwą?	Tak	Nie
22	Użytki: alkohol/narkotyki/dopalacze/ papierosy.....	Tak	Nie
23	Uzębienie: chwiejące się zęby, próchnica?	Tak	Nie
24	Czy dziecko używa aparatu słuchowego/ma implant słuchowy/ szkła kontaktowe?	Tak	Nie
25	Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani dziecka przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych? Czy wystąpiły powikłania związane z przetoczeniem?	Tak	Nie
26	Czy miesiączkuje regularnie?	Tak	Nie
27	Czy wystąpiły u Pana/Pani dziecka: kaszel, katar, gorączka, ból gardła, biegunka , nudności, wymioty w ciągu ostatnich 6 tygodni?	Tak	Nie
28	Czy stwierdzono kiedykolwiek odchylenia od normy w wykonywanych u dziecka badaniach laboratoryjnych? Czy stwierdzono kolonizację bakteriami MRSA, ESB, VRE?	Tak	Nie
29	Czy dziecko było szczepione w ostatnich 6 tygodniach?	Tak	Nie
30	Inne choroby nie wymienione powyżej?.....	Tak	Nie
* Proszę zakreślić prawidłową odpowiedź (TAK lub NIE), podkreślić jednostkę chorobową lub objaw, ew. dopisać jeżeli nieuwzględniona/y.			

BADANIE PRZEDMIOTOWE (wypełnia anestezjolog).

Masa ciała:kg	Wzrost:cm	Ostatni posiłek:.....(tryb dyżurowy) Ostatni napój:
ASA: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ E ☐		Skala Mallampati'ego: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐
Pacjent: ☐ przytomny; ☐ w kontakcie logicznym; ☐ nieprzytomny; GCS.....pkt		☐ Przewidywane „trudne drogi oddechowe” ☐ Ograniczone przygięcie głowy ☐ Ograniczone odgięcie głowy ☐ Ograniczone otwarcie ust < 4 cm ☐ Niezdolność do prognacji żuchwy ☐ Wystające zęby ☐ Mikrognacja
Układ oddechowy: ☐ wydolny; ☐ niewydolny; Szmer płucny: ☐ symetryczny; inny:.....		
Układ sercowo-naczyniowy: BP.....mmHg; HR...../min: ☐ miarowe; ☐ niemiarowe;		
Wydolność fizyczna w skali od 1-10 pkt: ćwiczy na WF ☐ ☐ szmer nad sercem..... ☐ obrzęki obwodowe ☐ sinica		
Brzuch: ☐ miękki; ☐ perystaltyka słyszalna		
Układ nerwowy: ☐ anizokoria:..... ☐ niedowład/porażenie:.....		Uwagi: