



## Karta Badania Pacjenta do znieczulenia z udziałem anestezjologa

**Nazwisko i imię:** ..... **wiek:** .....

W celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w sedoanalgezji konieczne jest rozpoznanie występujących u Pana/Pani obciążeń związanych z przeszłością chorobową i aktualnym stanem zdrowia. W przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytanie proszę o sprecyzowanie odpowiedzi.

**Układ krążenia:** nadciśnienie, bóle serca, kołatanie serca, duszność, zawał, choroba wieńcowa, zapalenia żył, omdlenia NIE

TAK.....

**Układ oddechowy:** duszność, kaszel, astma, przewlekły bronchit, gruźlica NIE

TAK.....

**Układ nerwowy:** padaczka, drgawki, utraty przytomności, upośledzenie psychiczne, choroby oczu, osłabienie siły mięśniowej NIE

TAK.....

**Inne układy:** choroby nerek, wątroby (żółtaczką), przewodu pokarmowego, choroby endokrynologiczne (tarczyca), cukrzyca NIE

TAK.....

**Pobyty w szpitalu:** powód, przebyte operacje, komplikacje podczas przebytych znieczuleń

NIE/ TAK.....

**Czy jest Pani lub przypuszcza, że jest Pani w ciąży:** NIE / TAK

**Uczulenia:** leki i inne substancje NIE

TAK.....

**Czy pali Pan/Pan papierosy?** TAK (ile w ciągu doby)..... / NIE

**Kiedy ostatnio Pan/Pani pił/a alkohol?** .....

**Inne choroby nie ujęte w dotychczasowych pytaniach:**

.....  
.....

**Aktualne leczenie - wszelkie przyjmowane leki (w tym używki i narkotyki):**

.....

**Wzrost** ..... **Waga**.....



**ZGODA NA LECZENIE**

Wyrażam zgodę na znieczulenie/sedoanalgezyję do zabiegu .....

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/AM zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/AM wystarczającą ilość czasu. Oświadczam także, że nie zataiłem/AM żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczulenie nie przyjmowałem żadnych pokarmów ani w ciągu 4 godzin płynów.

**Data:**.....

**Podpis Pacjenta:**.....

**Podpis lekarza:** .....

**Data zabiegu i czas trwania „od – do”:** .....

**Podane leki:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

podpis anestezjologa