



## KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA DO ZNIECZULENIA

Pacjent: ..... ur: .....

Nr Hist: ....., oddz: .....

Część 1 ..... Wypełniają rodzice lub opiekun prawny pacjenta

## ANKIETA DLA RODZICÓW

Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą lekarzowi wychwycić niektóre stany wskazujące na uczulenia, choroby lub nieprawidłowości ważne przy doborze odpowiedniego znieczulenia dla Waszego dziecka.

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA PONIŻSZEGO KWESTIONARIUSZA.**

zaznaczając kółkiem odpowiednią odpowiedź: TAK = T; NIE = N

Czy dziecko jest obecnie zdrowe? (poza przyczyną aktualnej hospitalizacji)	N	T	Czy występowały u dziecka drgawki gorączkowe?	N	T
Czy dziecko często się przeziębia (TAK jeśli częściej niż 2 razy w roku)	N	T	Czy dziecko było lub jest leczone z powodu zaburzeń psychicznych?	N	T
Czy dziecko było leczone z powodu infekcji (przeziębienia) w ciągu ostatnich 20 dni?	N	T	Czy u dziecka stwierdzano zaburzenia hormonalne (endokrynologiczne) np. czynności tarczycy, nadnerczy, przysadki?	N	T
Czy dziecko często choruje na zapalenia gardła lub migdałków (TAK jeśli więcej niż 2 razy w roku)?	N	T	Czy wśród krewnych (*) dziecka choruje ktoś na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?	N	T
Czy dziecko często choruje na zapalenie uszu (TAK jeśli więcej niż 2 razy w roku)?	N	T	Czy wśród krewnych (*) dziecka występują choroby mięśni lub wiotkość mięśni?	N	T
Czy dziecko często choruje na zapalenia oskrzeli (TAK jeśli więcej niż 2 razy w roku)	N	T	Czy wśród krewnych (*) dziecka wystąpiły kiedyś problemy podczas znieczuleń lub operacji?	N	T
Czy dziecko chorowało na zapalenie płuc?	N	T	Czy dziecko choruje na cukrzycę?	N	T
Czy dziecko ma astmę?	N	T	Czy dziecko ma nietolerancję glukozy?	N	T
Czy dziecko ma gruźlicę?	N	T	Czy dziecko miało przetaczaną krew?	N	T
Czy dziecko było leczone z powodu zapalenia krtani lub nagłośni?	N	T	Czy dziecko jest leczone z powodu padaczki?	N	T
Czy było leczone z powodu duszności?	N	T			
Czy dziecko męczy się łatwo w czasie wysiłku (np. wchodzenia na schody)?	N	T			
Czy w czasie wysiłku fizycznego występuje u dziecka duszność?	N	T			
Czy w czasie wysiłku fizycznego pojawia się u dziecka niebieski cień wokół ust?	N	T			
Czy dziecko choruje na choroby mięśni lub nadmierną wiotkość mięśni?	N	T			
Czy dziecko chorowało za żółtaczkę zakaźną?	N	T			
Czy u dziecka występowały przedłużone krwawienia lub rozległe wylewy podskórne po urazach lub małych zabiegach?	N	T			
Czy dziecko ma skłonność do powstawania sińców po małych urazach (nie dotyczy nóg)?	N	T			
Czy dziecko choruje na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?	N	T			
Czy dziecko chorowało na zakażenia układu moczowego z wysoką gorączką?	N	T			

(\*) – krewni = rodzeństwo, rodzice, rodzeństwo rodziców, dziadkowie

Jeśli posiada Pan/i KARTĘ WYPISOWĄ wcześniejszego leczenia dziecka – proszę dostarczyć ją do wglądu.

**Proszę poinformować anestezjologa**, jeśli dziecko ma: protezy zębowe, aparaty ortodontyczne, szkła kontaktowe.

Proszę zdjąć dziecku kolczyki, pierścionki, łańcuszki, metalowe spinki do włosów.

Jeśli pacjent ma kolczyki implantowane (niezdejmowalne lub trudnozdejmowalne) w miejscach nietypowych – koniecznie należy poinformować o tym anestezjologa!



## DZIAŁ ANESTEZJOLOGII PEDIATRYCZNEJ SPDSK Działowska

Kierownik dr n. med. Janusz Ziółkowski

tel. 0-22-4523261

**Pacjent:** ..... **ur:** .....  
**Nr Hist:** ..... **oddz:** .....

Część 2 ..... Wypełniają rodzice lub opiekun prawny pacjenta ..... (jeśli dane pytanie nie dotyczy dziecka – zaznacz N)

Jeśli TAK to uzupełnij			
Czy dziecko było lub jest pod stałą opieką poradni specjalistycznej?	N	T	jakiej?
Czy dziecko było leczone z powodu chorób zakaźnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	N	T	jakich?
Czy dziecko było leczone w szpitalu?	N	T	kiedy?, gdzie?, z powodu?
Czy dziecko było operowane?	N	T	na co?
Czy dziecko było kiedyś <b>znieczulane</b> (w tym np. u stomatologa)?	N	T	z powodu?
Czy podczas wcześniejszych znieczuleń u dziecka pojawiły się problemy?	N	T	jakie?
Czy podczas przetaczania krwi u dziecka wystąpiły problemy, powikłania?	N	T	jakie?
Czy dziecko było leczone z powodu chorób serca lub układu krążenia?	N	T	kiedy?, z jakiego powodu?
Czy stwierdzono lub podejrzewano u dziecka wadę serca?	N	T	jaką?
Czy dziecko było szczepione p-ciw żółtacze (WZW B)?	N	T	kiedy?
Czy dziecko jest leczone z powodu chorób układu nerwowego?	N	T	jakich?
Czy dziecko <b>w ostatnim miesiącu</b> miało jakiegokolwiek szczepienie?	N	T	jakie, kiedy?
Czy dziecko jest uczulone na leki lub inne substancje (np. plaster)?	N	T	jakie?
Czy w przypadku uczulenia u dziecka występuje: pokrzywka, wysypka, wydzielina z nosa, łzawienie, duszność?	N	T	opisz
Czy dziecko ma schorzenia oczu, zeza?	N	T	jakie?
Czy dziecko w ciągu ostatnich 2 lat przyjmowało leki sterydowe (np. Kortyzon, Hydrokortyzon, Enkorton)?	N	T	jakie?
Czy dziecko choruje na choroby krwi, anemię?	N	T	
Czy dziecko choruje lub chorowało na chorobę reumatyczną?	N	T	kiedy?
Czy dziecko choruje na choroby wątroby?	N	T	jakie?
Czy dziecko przyjmuje leki, witaminy?	N	T	jakie
Czy dziecko choruje na inne choroby nie wymienione w ankiecie?	N	T	jakie?

Miejsce na dodatkowe informacje od Rodziców lub komentarz

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



## DZIAŁ ANESTEZJOLOGII PEDIATRYCZNEJ SPDSK Działowska

Kierownik dr n. med. Janusz Ziółkowski

tel. 0-22-4523261

Pacjent: ..... ur: .....  
Nr Hist: ....., oddz: .....

## Część 3. ..... wypełnia lekarz anesteziolog .....

Po ocenie dokumentacji medycznej, kwalifikacji do procedury, danych z wywiadu i badania przedmiotowego - pacjent **został zakwalifikowany do znieczulenia** zaplanowanego na dzień \_\_\_\_\_ 20\_\_ r.

do .....

(wpisać rodzaj procedury wymagającej znieczulenia)

## Planowany rodzaj znieczulenia:

zaznacz "X" kategorie które obejmuje

TIVA	znieczulenie ogólne dożylnie	
GA	znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożylnie bez planowanej intubacji	
GA & INT	znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożylnie z planowaną intubacją	
RA	znieczulenie regionalne	
RA CAUDAL	znieczulenie zewnątrzoponowe krzyżowe	
RA EPIDURAL	znieczulenie zewnątrzoponowe lędźwiowe	
PP	znieczulenie podpajęczynówkowe	
CEWNIK	znieczulenie regionalne z cewnikiem do długotrwałego znieczulenia	

Niektóre rozległe procedury (operacje np. kardiochirurgiczne, noworodków, niemowląt) w ramach przygotowania pacjenta wymagają wielu dodatkowych czynności wykonywanych przez zespół lekarzy. **Podpisywana przez Państwa "Zgoda na znieczulenie" (cz. 4 dokumentu) obejmuje wszystkie te procedury** – jako kompleksowe, konieczne przygotowanie pacjenta. Poniżej wymieniono zabiegi, jakie rutynowo wchodzi w skład procedury planowanej do przeprowadzenia.

założenie kilku kaniul do żył obwodowych (w tym do żył szyjnych zewnętrznych)	
założenie kilku kaniul do żył centralnych (podobojczykowych, szyjnych wewnętrznych, udowych, lub przez żyłę obwodową)	
założenie kaniuli dotętnicznej (t. promieniowa, udowa, skroniowa lub inna)	
założenie cewnika do pęcherza moczowego	
założenie sondy żołądkowej	
założenie czujników temperatury skórnej i głębokiej (odbytnica, przełyk)	

ANESTEZJOLOG wpisuje "TAK" jeśli dotyczy !

## Dodatkowe informacje o znieczuleniu i uwagi anesteziologa:

podpis i pieczęć lekarza

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_ 20\_\_ roku; godzina: \_\_\_\_\_



Pacjent: ..... ur: .....  
Nr Hist: ....., oddz: .....

Część 4. Wypełniają rodzice lub opiekun prawny pacjenta

## OŚWIADCZENIE RODZICÓW – ZGODA NA ZNIECZULENIE

Oświadczam(y), że

- podane powyżej informacje są zgodne z prawdą;
- znany mi jest cel, zakres i rodzaj procedury wymagającej znieczulenia;
- dziecko ostatni raz przed znieczuleniem jadło o godz. ....; piło o godz. ....

- Ankieta została wypełniona zgodnie z moją najlepszą wiedzą.
- Wskazówki dotyczące przygotowania dziecka zostały zrealizowane.
- Uzyskałam(em) od lekarza anestezjologa informacje wyjaśniające postępowanie związane ze znieczuleniem mojego dziecka. Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia, zalety i wady proponowanej metody znieczulenia, możliwe powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące, w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi.
- Zrozumiałam(em) wyjaśnienia i zadałam(em) wszystkie interesujące mnie pytania, szczególnie dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad. Nie mam żadnych dalszych pytań.

Zrozumiałam(em), że:

- Znieczulenie będzie wykonane przez lekarza anestezjologa.
- Dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra dziecka.
- W związku z przebiegiem zabiegu lub znieczulenia może zaistnieć konieczność zmiany/modyfikacji znieczulenia.

Po wnikliwym namyśle

zgadzam się, aby planowana procedura została przeprowadzona w odpowiednim, dobranym zgodnie z najlepszą wiedzą anestezjologa - znieczuleniu, z uwzględnieniem znieczulenia ogólnego lub regionalnego. **Świadomie wyrażam zgodę na planowane znieczulenie (opisane powyżej w części 3).** Zgadzam się również na uzasadnione medyczne postępowanie towarzyszące w tym: przetaczanie płynów, krwi, założenie wkłuc dożylnych oraz, w razie konieczności, zmianę sposobu znieczulenia.

Jednocześnie zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszące postępowaniu medycznemu:

..... ..... ..... ..... .....	
-------------------------------------------	--

Jeśli nie są zgłaszane - proszę wpisać "NIE ZGŁASZAM"

Podpis upoważnionego rodzica lub opiekuna prawnego

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, jeśli pacjent ukończył 16 rok życia konieczna jest również Jego zgoda:

**"Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie proponowanego znieczulenia (opisanego powyżej w części 3)"**

podpis pacjenta

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_ 20\_\_ roku; godzina: \_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć lekarza przyjmującego zgodę