

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA (wypełniają rodzice dziecka)

IMIĘ I NAZWISKO dziecka:

PESEL lub data urodzenia dziecka:

WAGA: kg WZROST: cm

ROZPOZNANIE: RODZAJ I DATA zabiegu.....

Telefon kontaktowy opiekuna

Szanowni Państwo

Operacja u dziecka zostanie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym. Za przeprowadzenie znieczulenia jak również za utrzymanie podczas zabiegu ważnych dla życia czynności organizmu odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog.

W niektórych przypadkach znieczulenie ogólne będzie uzupełnione znieczuleniem przewodowym (miejscowym) powodującym bezbolesność operowanej części ciała, także kilka godzin po operacji. Wybieramy zawsze postępowanie, które jest najlepsze dla przewidywanej operacji i najmniej obciąża dziecko.

Aby wykonać zabieg operacyjny dziecko nie może być w trakcie lub bezpośrednio czyli do 2 tygodni po ostrej chorobie infekcyjnej, a w szczególności nie może mieć podwyższonej temperatury ciała, kaszlu, kataru, biegunki, wysypki itp.

Przez sześć godzin przed zabiegiem dziecku nie wolno jeść a przez dwie godziny pić, aby zapobiec przypadkom dostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych. Do 2 godzin przed zabiegiem dziecko może pić wodę niegazowaną lub herbatki (nie może pić mleka modyfikowanego, krowiego, kakao, mętnych soków itp.) Niemowlęta mogą być karmione mlekiem matki do 4 godzin przed zabiegiem. Odpowiadając na pytania tej ankiety dotyczące stanu zdrowia dziecka umożliwiacie Państwo wybór optymalnego sposobu postępowania podczas zabiegu operacyjnego.

1) Czy dziecko jest uczulone na: LEKI, pokarmy (w tym czekolada, kiwi), plaster, jodynę, lateks, pyłki i inne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
jeśli tak to proszę podać jakie:	
2) Czy dziecko było chore w ciągu ostatnich 2 tygodni?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
3) Czy dziecko było kiedykolwiek leczone w szpitalu?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
4) Jeśli tak, to z jakiego powodu?:	
5) Jakie leki dziecko obecnie przyjmuje?:	
6) Jeśli dziecko było kiedyś operowane, lub znieczulane to proszę wypisać jakie zabiegi lub znieczulenia i kiedy:lat temu	
.....lat temu	
7) Jeśli dziecko było operowane, to czy w czasie znieczulenia zdarzyło się coś szczególnego?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
8) Czy dziecko chrapie w nocy lub ma bezdechy podczas snu?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
9) Choroby płuc i dróg oddechowych /astma, częste infekcje górnych dróg oddechowych, częste anginy, wady rozwojowe, dysplazja oskrzelowo-płucna, mukowiscydoza/ jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
10) Choroby serca / wrodzona wada serca, szmer nad sercem, omdlenia, szybsze niż rówieśnicy męczenie się /jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
11) Choroby przewodu pokarmowego /reflaks, ulewianie, wady wrodzone, choroby jelit, celiakia/jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>

12) Choroba wątroby /żółtaczka, wirusowe zapalenie wątroby/jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
13) Choroby układu moczowego /częste infekcje dróg moczowych, wodonercze, refluks pęcherzowo-moczowodowy /jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
14) Choroby przemiany materii /cukrzyca, wrodzone zaburzenia metaboliczne, choroby nadnerczy/jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
15) Choroby tarczycy /wole obojętne, nadczynność, niedoczynność/jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
16) Choroby oczu /niedowidzenie, wada wzroku/ jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
17) Choroby neurologiczne /padaczka, drgawki gorączkowe, niedowłady, zaburzenia czucia, opóźnienie rozwoju psychomotorycznego/ jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
18) Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich 2 tygodni? kiedy, jaką szczepionką?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
19) Czy dziecko miało kontakt z chorym lub przebyło w ciągu ostatnich 4 tygodni: odre, ospę, świnkę, różyczkę, mononukleozę, błonicę, płonicę, COVID-19?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
20) Czy dziecko leczy się u psychiatry?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
21) Czy stwierdzono u dziecka choroby mięśni, osłabienie mięśni? Czy jest jakaś pozycja (ułożenie) ciała, której dziecko nie toleruje?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
22) Czy w rodzinie występowały choroby mięśni (dystrofia itp.)	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
23) Czy w rodzinie występowały powikłania podczas przebytych znieczuleń?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
24) Choroby krwi i układu krzepnięcia /skłonność do nadmiernych krwawień i siniaków, hemofilia, wrodzony niedobór czynników krzepnięcia/jeśli tak proszę zaznaczyć chorobę	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
25) Inne schorzenia nie wymienione powyżej.	Jakie?
26) Czy u dziecka występują: ruszające się zęby, protezy zębowe , aparat ortodontyczny, kolczyk w języku, aparat słuchowy, szkła kontaktowe?jeśli tak proszę zaznaczyć co	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
27) Czy dziecko stosuje środki uspokajające lub nasenne lub inne środki psychoaktywne?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>
28) Czy dziecko uprawia sport wyczynowo?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

wypełnia anestezjolog kwalifikujący:	ASA	bad. lab.w/n tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> do sprawdzenia <input type="checkbox"/> grupa krwi <input type="checkbox"/>
zaświadczenia <input type="checkbox"/>	konsultacje <input type="checkbox"/>	EKG <input type="checkbox"/> rtg. klp. <input type="checkbox"/>
wypełnia anestezjolog kwalifikujący:		

Prosimy o zabranie ze sobą do szpitala wszystkich ważnych dokumentów związanych z uprzednim leczeniem dziecka, np. wypisów ze szpitali

..... data podpis anestezjologa podpis rodzica (opiekuna prawnego) podpis dziecka powyżej 16 roku życia