

Wird von Arzt ausgefüllt – wypełniane przez lekarza

Planowany zabieg: \_\_\_\_\_

Narkoza: \_\_\_\_\_

Termin: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_

Kwestionariusz (Historia przypadku)

Proszę wypełnić przed rozmową wstępną!

Wiek: \_\_\_\_\_ lat

Wzrost: \_\_\_\_\_ cm, Waga: \_\_\_\_\_ kg

Zawód: \_\_\_\_\_

Proszę w wyznaczonych miejscach zakreślić, podkreślić lub uzupełnić:

N- NIE

J-TAK

1. Leczenie w ostatnim czasie? Z jakiego powodu? N: J:

---

Czy występuje na tą chwilę przeziębienie? N: J:

Czy występowały w ostatnich 4 tygodniach biegunka i/czy wymioty? N: J:

Czy występują teraz jeszcze jakieś inne infekcje: N: J:

2. Czy brała Pani w ostatnich tygodniach leki przeciwzakrzepowe (np. Aspiryna, ASS, Marcumar...) N; J:

Jakie? \_\_\_\_\_

3. Czy bierze Pani inne leki? (np. na ciśnienie krwi, na serce, środki przeciwbólowe, tabletki antykoncepcyjne, psychotropowe, antydiabetyka) N; J:

Jakie? \_\_\_\_\_

4. Wcześniejsze operacje? (proszę podać zabieg i rok wykonania) N: J:

---

---

5. Dolegliwości (np. odleżyny) po poprzedniej narkozie/miejscowym znieczuleniu ? N: J:

Jakie? \_\_\_\_\_

Czy wystąpiły jakieś szczegóły u krewnych tej samej grupy krwi podczas narkozy?

N: J:

6. Czy były już wykonywane transfuzje krwi ? N: J:  
Jeżeli tak, to kiedy? \_\_\_\_\_  
Czy występowały komplikacje? \_\_\_\_\_ N: J:

7. Do pacjentek: czy istnienie możliwość że jest Pani w ciąży? N: J:  
Czy karmi Pani? N: J:

8. Istnieją czy istniały następujące choroby lub symptomy ten choroby?

**Serce/układ krążenia:** zaburzenia rytmu, wada serca, Angina pectoris, atak serca, zapalenie mięśnia sercowego, wysokie lub niskie ciśnienie, trudności w oddychaniu przy wchodzeniu po schodach N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Naczynia krwionośne:** zylaki, zakrzepica, krwawienia, atak N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Drogi oddechowe/płuca:** chroniczne zapalenie oskrzeli, astma, zapalenie płuc, gruźlica, rozedma płuc, bezdech senny, paraliż strun głosowych czy przepony, N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Wątroba:** żółtaczką, hartowanie wątroby, stłuszczenie wątroby, kamienie żółciowe N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Nerki:** zawyżone wartości kreatyniny, obowiązek dializy, zapalenie nerek, kamienie nerkowe, N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Przełyk, żołądek, jelito:** wrzody, zwężenie, zakłócenie procesu trawienia, zgaga, choroba reflowowa, N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Metabolizm:** cukrzyca, gościec (zapalenie) N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Tarczycyca:** nadczynność, niedoczynność, wole tarczycowe N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**System szkieletowy/kości:** choroby stawów, bóle pleców kręgow, syndrom ręki-ramienia, N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Nerwy/umysł:** skurcze (epilepsja) paraliż(niedowład), niespokojna/nerwowa noga (syndrom restless legs) depresje, częste bóle głowy: N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Oczy:** zielone bielmo, szare bielmo, soczewki kontaktowe, N: J:  
Lub \_\_\_\_\_

**Krew:** zaburzenia koagulacji, również u krewnych, częste krwawienia z nosa, siniaki również bez uderzenia się lub po lekkim otarciu, krwawienia po operacji, N: J:

Lub \_\_\_\_\_

**Mięśnie:** osłabienie mięśni, chore mięśnie, również u krewnych N: J:

Lub \_\_\_\_\_

**Alergie:** (np. katar sienny) lub nadwrażliwość: na jedzenie, leki, na środki znieczulające, przeciwbólowe, środki dezynfekcji, jod, plastry, lateks (np. na gumowe rękawiczki) N: J:

Lub \_\_\_\_\_

9. Inne choroby/ niepełnosprawności? N: J:

Bóle chroniczne? N: J:

10. Luźne zęby, próchnica ? N: J:

sztuczne zęby (protezy, implanty, korony, mostki) N: J:

-tutaj tą tabelkę o zębach wypełnia lekarz,

11. Zaburzenie w słuchu ? N: J:

Aparat słuchowy? N: J:

12. Czy Pani pali? N: J:

Jeżeli tak to co i ile razy na dzień ? \_\_\_\_\_

13. Pije Pani alkohol ? N: J:

jeżeli tak to co i w jakich ilościach ? \_\_\_\_\_

14. Bierze Pani tabletki nasenne lub uspakajające ? N: J:

Jeżeli tak to jakie ? \_\_\_\_\_

15. Bierze Pani czy brała Pani wcześniej narkotyki ? N: J:

jakie? \_\_\_\_\_

16. Inne :

Czy było pani po wcześniejszych operacjach niedobrze lub czy musiała Pani wymiotować?

N: J:

Jest Pani skłonna do wymiotów, mdłości np. podczas leczenia samolotem lub na statku ? N: J:

### **Dodatkowe pytania do zabiegu ambulatoryjnego**

1. Gdzie jest Pani osiągalna w ciągu tych 24 godzin po zabiegu?

\_\_\_\_\_

miejsowość, ulica, nr domu

\_\_\_\_\_

nr telefonu

2. Kto będzie się Panią opiekował w tym czasie ?

\_\_\_\_\_

nazwisko i wiek,

3. W ciągu jakiego czasu jest Pani osiągalna/ może Pani dojechać do najbliższej praktyki lekarskiej, kliniki czy lekarza rodzinnego? \_\_\_\_\_ minut

4. Ile pani potrzebuje czasu aby dojechać do najbliższego szpitala ? \_\_\_\_\_ minut

5. Czy ma pani do dyspozycji auto z kierowcą ? N: J:  
Czy też może pani szybko zamówić taxi?

6. Lekarz rodzinny/ prowadzący: \_\_\_\_\_ Nazwisko, miejscowość,  
ulica, nr telefonu

**Dokumentacja rozmowy wstępnej** (to, co dotyczy proszę zakreślić, podkreślić, lub uzupełnić)

Kwestionariusz przeczytałam i zrozumiałam. Mogłam podczas rozmowy zadać wszystkie interesujące mnie pytania. Na pytanie odpowiedziano w pełni i zrozumiale.

Na pytania dotyczące historii choroby odpowiedziałam wg najlepszej mojej wiedzy.  
(wszystko co wiedziałam).

Tą oddzielną część informacji bądź  kopie tego arkusza mogłam wziąć i zachować.

Zawiadomienie lekarki/lekarza (nazwisko) \_\_\_\_\_ do rozmowy wstępnej:  
Omówione zostało: np. zaplanowany rodzaj narkozy, zalety i wady w porównaniu z innymi metodami, ryzyka i możliwe komplikacje podczas znieczulenie, ryzyka specjalne metod, szczegóły, które te ryzyko podnoszą, wskazówki zachowania przed i po zabiegu, niektóre ryzyka podczas i po zabiegu (np. położenie cewnika, transfuzja krwi, oddawanie krwi) jak również (proszę uwzględnić tu jeszcze inne zmiany):

\_\_\_\_\_

Zgoda Przemyślałam sobie solidnie moją decyzję, nie potrzebuję żadnych innych, dalszych terminów do przemyśleń, Na zaplanowane badanie/zabieg/operację (wpisać nazwę) \_\_\_\_\_ zgodziłam się na:

tutaj wypisane są te wszystkie rodzaje narkozy – patrz dokument narkoza Tosia)

Z medycznymi koniecznymi zmianami czy rozszerzeniami procesu narkozy jak również medycznemu koniecznym zabiegami przy i podczas jestem zgodna.

Jeżeli Pani odrzuca niektóre metody narkozy czy niektóre kroki podczas narkozy, proszę napisać jakie: \_\_\_\_\_

---

data, godzina, Pacjentka/pacjent/ opiekun/pełnomocnik/opiekun prawny      lekarka/lekarz

**Dalszy zabieg** Zgadzam się, że dalsze badanie/zabieg/operacja odbędzie się

(nazwa zabiegu) \_\_\_\_\_ przy użyciu \_\_\_\_\_ (podać rodzaj narkozy).

---

data, godzina, Pacjentka/pacjent/ opiekun/pełnomocnik/opiekun prawny      lekarka/lekarz

\*podpisuje się jeden z rodziców sam, to zgadza się on automatycznie, że tylko mu samemu przepada za to odpowiedzialność, lub że działa w zgodzie z drugim rodzicem.