

## PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA DZIECIĘCA

Nazwisko: ..... Imię: .....

Data urodzenia: ..... Wzrost: ..... Waga: ..... Oddział: .....

**Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych. prosimy o uważne przeczytanie informacji o rodzajach znieczulenia oraz wypełnienie ankiety przez rodziców, aby przez dokładne odpowiedzi na zadane pytania pomóc nam w bezpiecznym prowadzeniu znieczulenia.**

### Znieczulenie ogólne

Znieczulenie ogólne, zwane popularnie narkozą polega na uspianiu, wyłączeniu bólu i niepożądanych odruchów u znieczulonego dziecka. Jeżeli czas trwania zabiegu jest krótki – kilka do kilkunastu minut, do znieczulenia ogólnego wystarczy podanie leków dożylnie. Do zabiegów długich, a także czasami krótkich konieczne jest zastosowanie intubacji tchawicy. Oznacza to założenie do tchawicy specjalnej rurki w celu umożliwienia oddychania oraz podawania gazów znieczulających i tlenu. Przed założeniem rurki intubacyjnej dziecko otrzymuje dożylnie leki powodujące sen i zwiotczenie mięśni w celu bezbolesnego wykonania powyższych czynności. W trakcie zabiegu dziecko jest wentylowane tlenem, podawane są leki usypiające i przeciwbólowe tak, aby stworzyć odpowiednie warunki do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Możliwe są także inne metody udrażniania dróg oddechowych, o których poinformuje w zależności od potrzeby prowadzący Państwa anestezjolog.

### Znieczulenie przewodowe (regionalne)

– stosowane u dzieci w wyjątkowych przypadkach i ZAWSZE połączone z wcześniejszym uspianiem – sedacją operowanego dziecka – polega na wyłączeniu czucia bólu w poszczególnych regionach ciała poprzez podanie leku miejscowo znieczulającego w okolice nerwów przewodzących ból z obszarów ciała, w obrębie których wykonywany jest zabieg. Znieczulenie przewodowe jest w większości przypadków sposobem znieczulenia, które w najmniejszym stopniu obciąża organizm. Możliwe jest wykonanie wielu rodzajów znieczulenia przewodowego. Do najczęstszych należy znieczulenie podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokada splotu ramiennego, blokady poszczególnych nerwów. Znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe wykonuje się do zabiegów na kończynach dolnych, w obrębie krocza i dolnych partii brzucha. Znieczulenia te polegają na podaniu leków miejscowo znieczulających w okolice kręgosłupa. Ból związany z nakłuciem towarzyszącym każdemu znieczuleniu przewodowemu jest niewielki, gdyż igły używane do tego celu są z reguły bardzo cienkie. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa nie powoduje uszkodzenia nerwów.

**Lekarz anestezjolog zaproponuje Państwa dziecku takie znieczulenie, które będzie najmniej obciążające dla organizmu i najlepiej dostosowane do planowanego zabiegu operacyjnego.**

### Nie ma znieczulenia i zabiegu bez ryzyka

Ciężkie, zagrażające życiu komplikacje podczas znieczulenia ogólnego (np. ustanie pracy serca) zdarzają się niezwykle

rzadko. Nowoczesne metody znieczulania, dokładne dozowanie środków znieczulających zarówno wziewnych jak i dożylnych przez prowadzenie sztucznego oddychania umożliwiają właściwe funkcjonowanie układu oddechowego, krążenia i innych ważnych organów. Aby zapobiec powstaniu powikłań i bezpiecznie przeprowadzić zabieg operacyjny monitorujemy te funkcje przez cały czas trwania znieczulenia ogólnego. W wyjątkowych przypadkach podczas intubacji może dojść do uszkodzenia uzębienia, śluzówki krtani i zaburzeń głosu (chrypka). Inne powikłania to: podrażnienie żyły w miejscu wstrzyknięcia, bóle i zawroty głowy, nudności i wymioty, bóle mięśni. Do możliwych, ale bardzo rzadkich powikłań znieczulenia ogólnego należy zachłyśnięcie treści pokarmową z następowym zachłyśtowym zapaleniem płuc (dlatego pacjent musi być na czczo). Także zabiegi dodatkowe (założenie centralnego cewnika dożylnego i tętniczego, transfuzje krwi) wykonywane w trakcie znieczulenia do niektórych rodzajów operacji są związane z ryzykiem wystąpienia powikłań.

### Wskazówki dla rodziców dzieci, które są przygotowywane do zabiegu operacyjnego:

1. Powstrzymać się od jedzenia i picia na 6 godzin przed znieczuleniem (klarowne płyny do 4 godzin).
2. Zapewnić opiekę osoby dorosłej przynajmniej przez 24 godz. po opuszczeniu szpitala.
3. Jeśli wystąpią jakiegokolwiek zmiany w stanie zdrowia należy zgłosić o nich lekarzowi anestezjologowi.
4. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości w sprawie znieczulenia należy wyjaśnić je z lekarzem anestezjologiem.
5. Jeżeli lekarz anestezjolog zalecił dodatkowe badania specjalistyczne (EKG, RTG, badania laboratoryjne lub inne) należy wyniki tych badań mieć przy sobie w dniu przyjęcia na zabieg.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Pani/Pana współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Prosimy bardzo dokładnie odpowiedzieć na podane na odwrocie pytania. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z anestezjologiem.

Prosimy o dostarczenie pełnej dokumentacji zdrowia dziecka, tzn. książeczki zdrowia, kart informacyjnych z pobytów szpitalnych oraz zaświadczeń z poradni specjalistycznych.

Moje dziecko jest ogólnie zdrowe ..... TAK NIE

Urodziło się: o czasie / przedwcześnie / po czasie

W okresie noworodkowym chorowało na:

Przedłużoną żółtaczkę ..... TAK NIE

Zakażenie okołoporodowe ..... TAK NIE

Inne .....

## PROSZĘ PRZECZYTAĆ PONIŻSZE PYTANIA I ZAKREŚLIĆ STOSOWNĄ ODPOWIEDŹ

Moje dziecko było już operowane i znieczulane. TAK NIE Kiedy: .....

Rodzaj zabiegu: .....

Czy dobrze zniosło znieczulenie? ..... TAK NIE

Czy miało już transfuzję krwi? Kiedy: ..... TAK NIE

Czy dobrze zniosło tę transfuzję? ..... TAK NIE

### Moje dziecko chorowało / choruje ponadto na następujące choroby (proszę zakreślić):

Żółtaczkę zakaźną ..... TAK NIE

Astmę, napady duszności ..... TAK NIE

Gruźlicę ..... TAK NIE

Zapalenie płuc, ..... TAK NIE

Zapalenie krtani ..... TAK NIE

Częste nieżyty dróg oddechowych, anginy ..... TAK NIE

Zapalenie oskrzeli ..... TAK NIE

Choroby serca i układu krążenia (wady serca) ..... TAK NIE

Nadczynność/ niedoczynność tarczycy ..... TAK NIE

Nadczynność/ niedoczynność nadnerczy ..... TAK NIE

Cukrzyca ..... TAK NIE

Schorzenia nerek ..... TAK NIE

Padaczkę, inne choroby układu nerwowego ..... TAK NIE

Czy występowały drgawki? ..... TAK NIE

Choroby lub wady kręgosłupa ..... TAK NIE

Choroby układu krzepnięcia ..... TAK NIE

Krwawienia z nosa, siniaki, krwiaki ..... TAK NIE

Ma ruszające się zęby, klamry, aparaty zębowe ..... TAK NIE

Szklą kontaktowe, proteza oka ..... TAK NIE

Było w ostatnich 6 tygodniach szczepione ..... TAK NIE Na co ? .....

Czy w rodzinie ktoś chorował na choroby mięśni ..... TAK NIE

Czy dziecko jest aktualnie przeziębione ..... TAK NIE

Moje dziecko leczy się stale u lekarza na .....

Moje dziecko bierze stale/okresowo następujące leki .....

Moje dziecko jest uczulone na .....

Wydolność fizyczną mojego dziecka oceniam w skali od 1 do 10 na .....

Inne uwagi o stanie zdrowia, życzenia, zastrzeżenia .....

Ostatni raz dziecko jadło / piło – co i kiedy? .....

## OŚWIADCZENIE RODZICÓW DZIECKA

Oświadczam, że przeczytałam/em informacje o znieczuleniach oraz, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą. W razie wystąpienia powikłań związanych z zatajeniem istotnych informacji nie będę rościł(a) pretensji.

.....  
Czytelny podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego

Uwagi lekarza anestezjologa dotyczące przebiegu rozmowy wyjaśniającej

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

## ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

Oświadczam, że przeczytałam/em tekst zawarty w niniejszym formularzu i rozumiem treść w nim zawartą. Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do zabiegu. W czasie tej rozmowy mogłam/em zadawać pytania o wszelkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Rozumiem na czym polega znieczulenie jakiemu będzie poddane moje dziecko. Nie mam więcej pytań.

Proszę o wykonanie u mojego dziecka znieczulenia .....

.....  
Czytelny podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego

Jednocześnie wyrażam zgodę na następujące czynności/zabiegi dodatkowe

(właściwe podkreślić)

- kaniulację dużych naczyń
- kaniulację tętnic
- analgezję zewnątrzoponową / podpajęczynówkową
- przetoczenie krwi i preparatów krwiozastępczych.

Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

.....  
Czytelny podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego

Data: .....

Podpis lekarza: .....