

**Oddział Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
Szpital ZOZ Sucha Beskidzka**

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

Rodzaj znieczulenia.....

.....

Zabieg.....

DRODZY RODZICE.

**Proszę uważnie przeczytać i odpowiedzieć na
pytania!**

Bolesne zabiegi lecznicze i diagnostyczne przeprowadzane będą w znieczuleniu (anestezji).

Za znieczulenie, ale również za utrzymanie w równowadze ważnych dla życia funkcji organizmu (przede wszystkim oddychania i krążenia) odpowiedzialny jest lekarz specjalizujący się w anestezjologii i intensywnej terapii. Wasza współpraca z tym lekarzem służy bezpieczeństwu Waszego dziecka.

Być może nie mieliśmy okazji w osobistej rozmowie zapytać Państwa o ewentualne wcześniejsze lub towarzyszące obecnej, choroby dziecka. Zapoznajcie się, proszę z poniższym kwestionariuszem, aby odpowiadając rzetelnie na zawarte w nim pytania, pomóc nam w wybieraniu właściwszego postępowania w stosunku do Waszego dziecka.

Każde pytanie pozwala ustalić możliwość wystąpienia rzadkich lub stosunkowo często występujących błahych powikłań znieczulenia (rozchwianie zębów przy intubacji, przekłucie żyły, chrypka, nudności, wymioty) wyłącza świadomość oraz odczuwanie bólu w całym organizmie. Dziecko od początku do końca zabiegu znajduje się w stanie zbliżonym do spokojnego snu.

Narkoza (znieczulenie ogólne)

Przygotowanie do narkozy przeprowadzamy podając doustnie środek uspokajający lub w formie zastrzyku domięśniowego lub dożylnego, co z reguły wystarcza do przeprowadzenia krótkiego zabiegu. W trakcie dłuższych zabiegów podawanie dożylnie środka znieczulającego będzie powtarzane (narkoza dożylna) lub narkoza będzie kontynuowana przez wdychanie gazowego środka znieczulającego przez maskę lub rurkę intubacyjną.

**Kwestionariusz
wyjaśniający
wywiad
oraz
zgoda na znieczulenie**

DZIECI

W znieczuleniu prowadzonym na masce dziecko wdycha mieszaninę tlenu i środka znieczulającego przez maseczkę przylegającą do ust i nosa dziecka.

Jeżeli konieczna jest intubacja, Wasze dziecko otrzyma tlen i środek znieczulający przez rurkę założoną do tchawicy po zaśnięciu. Intubacja stwarza pewność prawidłowej wentylacji płuc i chroni je przed zarzucaniem treści żołądkowej w trakcie ewentualnych wymiotów.

Przez jednoczesne podawanie środków zwioteczających mięśnie, poprawia się warunki operacyjne oraz zmniejsza się całkowita ilość środków podawanych w trakcie zabiegu.

Przy dłuższych zabiegach takie wstrzyknięcia będą powtarzane (narkoza dożylna) lub będzie Pan / Pani wdychać gazowy środek nasenny przez maskę lub rurkę intubacyjną. W znieczuleniu prowadzonym na masce mieszanina wziewnego środka znieczulającego i tlenu podawana będzie do wdychania przez maskę przylegającą do nosa i ust. Jeżeli konieczna będzie intubacja, mieszanina taka podawana będzie przez rurkę założoną do tchawicy po zaśnięciu. Intubacja zapewnia prawidłową wentylację płuc oraz chroni je przed zachłyśnięciem.

Przez jednoczesne podawanie środków zwioteczających mięśnie poprawia się warunki operacyjne oraz zmniejsza całkowita ilość środków podawanych w trakcie zabiegu.

Wybieramy postępowanie, które jest najbardziej odpowiednie do planowanego zabiegu oraz najmniej obciążające Wasze dziecko.

Nie ma zabiegu bez ryzyka

Ciężkie, zagrażające życiu powikłania znieczulenia (jak zatrzymanie krążenia) zdarzają się rzadko przy braku dodatkowych obciążeń. Współczesna narkoza umożliwia poprzez dokładne dawkowanie leków, a także stosowanie kombinacji różnych środków znieczulających, w połączeniu z ożyciem nowoczesnego sprzętu utrzymanie podstawowych funkcji życiowych (oddychanie, krążenie) w bezpiecznych dla życia granicach.

Aby zmniejszyć ryzyko powikłań, nadzorujemy funkcjonowanie organizmu w trakcie całego leczenia. Poza tym we współpracy z operatorami sprawdzamy ułożenie dziecka na stole operacyjnym, aby zapobiec uszkodzeniu nerwów obwodowych (zaburzenia czucia, niedowłady) powstałe przez ucisk lub rozciąganie. W rzadkich przypadkach może, w trakcie intubacji dojść do uszkodzenia śluzówki krtani, a w wyniku tego do chrypki.

Zabiegi towarzyszące znieczuleniu i operacji, a także leczenie uzupełniające (np.: infuzje dożylnie, przetaczanie krwi, kaniula dużych żył) także choć rzadko mogą wiązać się z ryzykiem.

Monitorowanie bólu pooperacyjnego

Ból jest konsekwencją operacji, ale istnieją skuteczne metody jego leczenia.

Uśmierzanie bólu może przyspieszyć powrót do zdrowia. Po zabiegu personel medyczny będzie zadawał pytania dotyczące odczuwania bólu. Informacje opisujące słownie lub przy pomocy skali numerycznej 0 - 10, (gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 maksymalne jego natężenie) umożliwiają zastosowanie najlepszego leczenia.

Leki przeciwbólowe mogą być podawane różnymi sposobami: dożylnie, doustnie lub miejscowo (znieczulenie regionalne, przewodowe, nasiękowe).

Działanie niepożądane zastosowanej terapii np.: nudności, senność, zaparcia, świąd skóry można ograniczyć, dlatego należy o nich poinformować personel medyczny.

Proszę przeczytać i bezwzględnie przestrzegać!

Droży Rodzice,

Zadbajcie wraz z nami o zmniejszenie ryzyka do minimum

Co najmniej 6 godzin przed znieczuleniem nie mogą nasi mali pacjenci nic jeść ani pić, aby zmniejszyć możliwość zachłyśnięcia (wdech w trakcie wymiotów):

Niemowlęta nie mogą być karmione co najmniej 4 godziny przed znieczuleniem.

Nie przynoscie Państwo swoim dzieciom w żadnym wypadku przed operacją słodczy, owoców, gumy do żucia.

Uwaga!

Jeżeli jakieś pytanie jest dla Państwa nie jasne poproście pielęgniarkę lub lekarza o pomoc w wypełnieniu poniższej ankiety.

W rubryce dolegliwości szczegółowe prosimy wpisać wszystko o co nie pytaliśmy, a co wydaje się Państwu ważne w obecnym lub minionym czasie, a związane jest ze zdrowiem i rozwojem Waszego dziecka.

nie pytaliśmy, a co wydaje się Panu/Pani ważne i związane jest z obecnym lub przeszłym stanem zdrowia.

Wywiad dotyczący dziecka

Wiek: lat. Wzrost: cm Waga: kg.

1). Czy dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy

☐ nie ☐ tak

a). Z powodu jakiej choroby (np.: odra, szkarlatyna)?

b). Czy dziecko było szczepione w ostatnich trzech miesiącach?

☐ nie ☐ tak

2). Czy przed przybyciem do szpitala dziecko przyjmowało jakieś leki?

☐ nie ☐ tak

Jakie?

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

3). Czy dziecko było kiedyś operowane?

☐ nie ☐ tak

a).w roku

b).w roku

c).w roku

a). Czy wystąpiły wówczas jakieś szczególne zdarzenia związane ze znieczuleniem?

☐ nie ☐ tak

Jeżeli tak to jakie?.....

.....
.....

b). Czy zdarzyło się u krewnych dziecka jakieś niewyjaśnione powikłania związane ze znieczuleniem?

☐ nie ☐ tak

4). Czy dziecko miało już przetaczaną krew?

☐ nie ☐ tak

a). Czy wiązało się to z jakąś komplikacją?

☐ nie ☐ tak

5). Czy wiadomo Państwu, czy dziecko Państwa chorowało, czy choruje na jedną z niżej wymienionych chorób?

a). Choroby mięśni: ☐ nie ☐ tak

Czy ta choroba występuje u kogoś z krewnych dziecka?

☐ nie ☐ tak

b). Układ sercowo - naczyniowy

Czy wydolność ruchowa dziecka jest ograniczona?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko blednie przy większym wysiłku?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko odczuwa silną duszność przy wysiłku?

☐ nie ☐ tak

Czy rozpoznano u dziecka wadę serca?

☐ nie ☐ tak

Blizsze informacje

c). Płuca

Czy dziecko choruje często na zapalenia oskrzeli?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko ma napadowe duszności?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko choruje na astmę?

☐ nie ☐ tak

Czy rozpoznano u dziecka gruźlicę?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko choruje na inne choroby płuc?

☐ nie ☐ tak

Blizsze informacje

d). Wątroba, nerki, układ krzepnięcia

Czy dziecko przeszło żółtaczkę?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko ma skłonność do przedłużonych krwawień?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko często choruje na zapalenie pęcherza?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko przeżyło infekcję dróg moczowych z wysoką temperaturą?

☐ nie ☐ tak

Blizsze informacje

e). Centralny i obwodowy układ nerwowy

Czy dziecko cierpi na chorobę neurologiczną?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko w czasie wysokiej temperatury ciała miewa drgawki?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko choruje na padaczkę?

☐ nie ☐ tak

Blizsze informacje

f). Uczulenie

Czy dziecko cierpi na katar sienny?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko reaguje wysypką na jakieś leki, produkty spożywcze lub inne substancje?

☐ nie ☐ tak

Jeżeli tak, to na jakie?

g). Przemiana materii

Czy dziecko choruje na cukrzycę?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko choruje na nietolerancję fruktozy (uczulenie na owoce)?

☐ nie ☐ tak

Czy dziecko choruje na inne choroby gruczołów dokrewnych (tarczyca, nadnercza)

☐ nie ☐ tak

h). Czy dziecko choruje na chorobę oczu?

☐ nie ☐ tak

Jeżeli tak, to jakie?

.....

i). czy dziecko posiada ruchome części uzębienia (ruchome zęby, protezy, aparat ortodontyczny)?

☐ nie ☐ tak

j). Czy dziecko choruje na anginę?

☐ nie ☐ tak

Kiedy ostatnio?

k). Czy dziecko cierpi na chorobę uszu?

☐ nie ☐ tak

l). Inne choroby, zabiegi operacyjne nie wymienione powyżej:

.....

Prosimy zawiadomić pielęgniarkę lub lekarza z oddziału, na którym przebywa Wasze dziecko, jeżeli macie Państwo życzenie przeprowadzić rozmowę wyjaśniającą z lekarzem anestezjologiem. Chętnie spełnimy Państwa prośbę, a także ze swojej strony będziemy prosić o dodatkowe informacje, które mogą nas interesować.

Proszę podpisać ten kwestionariusz dopiero wtedy, kiedy Państwo nie będziecie mieć już więcej pytań.

☐ Zrozumiałem / łam dokładnie powyższe wyjaśnienia dotyczące znieczulenia mojego dziecka. Nie mam więcej pytań.

☐ Mam wątpliwości i proszę o rozmowę wyjaśniającą.

Adnotacje lekarza po rozmowie wyjaśniającej

.....

☐ Przyjmuje do wiadomości, że planowany u mojego dziecka zabieg będzie przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym (w narkozie)

WYRAŻAM ZGODĘ

na planowane postępowanie anestezjologiczne związane z zabiegiem u mojego dziecka, a także na towarzyszące temu postępowaniu uzupełniające zabiegi lecznicze i diagnostyczne (np.: infuzję płynów, kaniulację dużych żył), a także na ewentualne przetaczanie krwi.

O możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań zostałem / łam poinformowany / wana i są one dla mnie zrozumiałe.

Data.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna

Data.....
pieczętka, podpis lekarza

NIE ZGADZAM SIĘ NA:

.....

Data.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna

Data.....
pieczętka, podpis lekarza

UWAGI ODNOSZĄCE SIĘ DO ZABIEGÓW AMBULATORYJNYCH !

Proszę poinformować lekarza jeżeli dziecko Państwa w ciągu ostatnich 6 godzin przed zabiegiem zjadło coś lub wypilo.

Proszę zwrócić uwagę czy dziecko może samodzielnie poruszać się po zakończeniu zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałem/ łam się z z powyższymi informacjami.

Data.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna

Data.....
pieczętka, podpis lekarza