

ODDZIAŁ:		NAZWISKO:		WIEK:	PLEC:	WZROST:	MASA CIAŁA:
IMIĘ:				lat	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	cm	kg
ROZPOZNANIE:				PLANOWANA OPERACJA:			
PARAMETRY ŻYCIOWE				PRZYJMOWANE LEKI: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ziola/leki bez recepty <input type="checkbox"/> narkotyki/nielegalne środki			
Ciśnienie tętnicze: mmHg Tętno: /min Temp.: °C							
ile razy: Kiedy ostatnie?							
<input type="checkbox"/> PRZEBYTE ZNIECZULENIA OGÓLNE				<input type="checkbox"/> NIE			
<input type="checkbox"/> PRZEBYTE ZNIECZULENIA PRZEWODOWE				<input type="checkbox"/> NIE			
<input type="checkbox"/> PRZEBYTE ZNIECZULENIA MIEJSCOWE				<input type="checkbox"/> NIE			
<input type="checkbox"/> POWIKŁANIA:							
MP1 Ruchomość szyi:				UCZULENIA: <input type="checkbox"/> NIE			
MP2 <input type="checkbox"/> pełna otwarcie ust: _____ cm				przebyta trudna intubacja <input type="checkbox"/> bezzębny <input type="checkbox"/> wąsy/broda <input type="checkbox"/> otyłość <input type="checkbox"/> ↑↓			
MP3 <input type="checkbox"/> ograniczona				zęby ruchome / protezy <input type="checkbox"/> krótka szyja			
MP4 <input type="checkbox"/> brak odł.tarcz-bródk. _____ cm				małozuchwie <input type="checkbox"/> wystające siekacze			

CHOROBY TOWARZYSZĄCE

DODATKOWE INFORMACJE

BADANIA DODATKOWE

<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> UKŁ. ODDECHOWEGO		TYTON: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak _____ paczek/dzień przez _____ lat <input type="checkbox"/> Rzucił _____ lat temu	EKG
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tonsillitis <input type="checkbox"/> POCChP <input type="checkbox"/> Otitis Media <input type="checkbox"/> Rozedma <input type="checkbox"/> Nawr. inf. górnych DO <input type="checkbox"/> Zap. oskrzeli <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Niewydolność oddech. <input type="checkbox"/> Zapalenie płuc <input type="checkbox"/> Wysięk opłucnowy <input type="checkbox"/> Kaszel produktywny <input type="checkbox"/> Zatorowość płucna <input type="checkbox"/> Duszność <input type="checkbox"/> Zap.zatok / bi.śl.nosa <input type="checkbox"/> Z. snu z bezdechem <input type="checkbox"/> Alergie <input type="checkbox"/> Orthopnea		Badanie fizykalne układu oddechowego:	RTG
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> UKŁ. SERCOWO - NACZYNIOWEGO		NYHA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe EKG <input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> Zaburzenia rytmu <input type="checkbox"/> Stabilna dusznica <input type="checkbox"/> Rozrusznik <input type="checkbox"/> Niestab. dusznica <input type="checkbox"/> AICD (defibr.) <input type="checkbox"/> Zawał serca <input type="checkbox"/> Kardiomiopatia <input type="checkbox"/> Hyperlipoproteinemia <input type="checkbox"/> Szmer <input type="checkbox"/> Niewydolność serca <input type="checkbox"/> Wady zastawkowe <input type="checkbox"/> Ch.naczyń obw. <input type="checkbox"/> Gorączka reumat. <input type="checkbox"/> Tętniak <input type="checkbox"/> Zapalenie wsierdzia		CCS <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> UKŁ. POKARMOWEGO		ALKOHOL: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Częstość _____ Uzależnienie <input type="checkbox"/> Rzucił _____ lat temu	
<input type="checkbox"/> Otyłość <input type="checkbox"/> Refluks z-przełykowy <input type="checkbox"/> Ch. wątroby <input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa <input type="checkbox"/> Marskość <input type="checkbox"/> Nudności, wymioty <input type="checkbox"/> Hepatitis / żółtaczk <input type="checkbox"/> Biegunka <input type="checkbox"/> Ch. pęcherzyka ż. <input type="checkbox"/> Zaparcia <input type="checkbox"/> Zapalenie trzustki <input type="checkbox"/> Ch. Chrohn'a		Badanie fizykalne układu pokarmowego:	
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> UKŁ. NERWOWOWEGO I RUCHU		GCS: _____	
<input type="checkbox"/> RZS, osteoarthritis <input type="checkbox"/> Miastenia <input type="checkbox"/> Schorż kręgosłupa <input type="checkbox"/> Dystrofia mięśniowa <input type="checkbox"/> ZZSK <input type="checkbox"/> Niedowłady <input type="checkbox"/> Skolioza <input type="checkbox"/> Udar mózgu <input type="checkbox"/> Bóle głowy / Migrena <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Uraz głowy <input type="checkbox"/> Zab. psychiczne		Badanie fizykalne układu nerwowego:	
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> UKŁ. MOCZOWEGO I ENDOKRYNNEGO			
<input type="checkbox"/> Niewydolność nerek <input type="checkbox"/> Cukrzyca - Typ I <input type="checkbox"/> Dializoterapia <input type="checkbox"/> Cukrzyca - Typ II <input type="checkbox"/> Kamica nerkowa <input type="checkbox"/> Ch. tarczycy <input type="checkbox"/> Ch. pęcherza <input type="checkbox"/> Ch. przysadki <input type="checkbox"/> Ch. prostaty <input type="checkbox"/> Ch. nadnerczy <input type="checkbox"/> Nietrzymanie moczu <input type="checkbox"/> Sterydoterapia			

BADANIA LABORATORYJNE

<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> INNE		ASA	
<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Immunosupresja <input type="checkbox"/> Zaburz. krwotoczne <input type="checkbox"/> Chemo/radioterapia <input type="checkbox"/> Przebyte transfuzje <input type="checkbox"/> Obrzęki <input type="checkbox"/> Ch. nowotworowa <input type="checkbox"/> Sepsa / Infekcja <input type="checkbox"/> Utrata/przyrost wagi <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> Choroby oczu <input type="checkbox"/> Cięża <input type="checkbox"/> Jaskra <input type="checkbox"/> Pacjent leżący		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
PLANOWANE ZNIECZULENIE: <input type="checkbox"/> OGÓLNE <input type="checkbox"/> SEDACJA <input type="checkbox"/> MOA <input type="checkbox"/> MIEJSCOWE <input type="checkbox"/> ZO <input type="checkbox"/> DOGONOWE <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> CSE <input type="checkbox"/> Kombinowane (ogólne/przewodowe)			
<input type="checkbox"/> Blokada splotów lub nerwów: <input type="checkbox"/> Przewodowe z zastosowaniem cewnika <input type="checkbox"/> INNE:			
Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatałem/-am istotnych danych dotyczących mojego stanu zdrowia, badań i przebytych chorób. Informacje te mogą mieć wpływ na przebieg znieczulenia i okres około-operacyjny			
Data i podpis chorego (lub prawnego opiekuna)			

ZALECENIA PRZED ZNIECZULENIEM: <input type="checkbox"/> Ponadstandardowe postępowanie, monitorowanie, urządzenia, itp.:		PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA OPIEKI NAD PACJENTEM PO ZNIECZULENIU I OPERACJI POTWIERDZAM PRZYJĘCIE O GODZINIE: _____ LICZBA PUNKTÓW WG. PONIŻSZEJ SKALI W CHWILI PRZYJĘCIA: _____ PKT. Podpis pielęgniarki lub lekarza przejmującego opiekę Zalecenia pooperacyjne:													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SKALA ALDRETE'A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RUCH</td> <td>Porusza 4 kończynami samoistnie lub na polecenie 2 Porusza 2 kończynami samoistnie lub na polecenie 1 Nie porusza kończynami samoistnie ani na polecenie 0</td> </tr> <tr> <td>ODDECH</td> <td>W pełni wydolny 2 Nieregularny, nie w pełni wydolny 1 Bezdech 0</td> </tr> <tr> <td>KRĄŻENIE</td> <td>Ciśnienie ± 20% wartości sprzed znieczulenia 2 Ciśnienie ± 20 - 50% wartości sprzed znieczulenia 1 Ciśnienie ± 50% wartości sprzed znieczulenia 0</td> </tr> <tr> <td>ŚWIADOMOŚĆ</td> <td>W pełni świadomy 2 Podsypiający, reagujący na głos 1 Bez reakcji 0</td> </tr> <tr> <td>SpO₂</td> <td>> 92 % przy oddychaniu powietrzem 2 > 90 % przy stosowaniu tlenoterapii 1 < 90 % przy stosowaniu tlenoterapii 0</td> </tr> </tbody> </table>		SKALA ALDRETE'A		RUCH	Porusza 4 kończynami samoistnie lub na polecenie 2 Porusza 2 kończynami samoistnie lub na polecenie 1 Nie porusza kończynami samoistnie ani na polecenie 0	ODDECH	W pełni wydolny 2 Nieregularny, nie w pełni wydolny 1 Bezdech 0	KRĄŻENIE	Ciśnienie ± 20% wartości sprzed znieczulenia 2 Ciśnienie ± 20 - 50% wartości sprzed znieczulenia 1 Ciśnienie ± 50% wartości sprzed znieczulenia 0	ŚWIADOMOŚĆ	W pełni świadomy 2 Podsypiający, reagujący na głos 1 Bez reakcji 0	SpO ₂	> 92 % przy oddychaniu powietrzem 2 > 90 % przy stosowaniu tlenoterapii 1 < 90 % przy stosowaniu tlenoterapii 0
SKALA ALDRETE'A															
RUCH	Porusza 4 kończynami samoistnie lub na polecenie 2 Porusza 2 kończynami samoistnie lub na polecenie 1 Nie porusza kończynami samoistnie ani na polecenie 0														
ODDECH	W pełni wydolny 2 Nieregularny, nie w pełni wydolny 1 Bezdech 0														
KRĄŻENIE	Ciśnienie ± 20% wartości sprzed znieczulenia 2 Ciśnienie ± 20 - 50% wartości sprzed znieczulenia 1 Ciśnienie ± 50% wartości sprzed znieczulenia 0														
ŚWIADOMOŚĆ	W pełni świadomy 2 Podsypiający, reagujący na głos 1 Bez reakcji 0														
SpO ₂	> 92 % przy oddychaniu powietrzem 2 > 90 % przy stosowaniu tlenoterapii 1 < 90 % przy stosowaniu tlenoterapii 0														

Premedykacja: _____ o godz.: _____	
Wstrzymać przyjmowanie posiłków od godziny: _____ plynów od godziny: _____	
Data: / /	
Godzina: :	
Konsultujący anesteziolog (podpis, pieczęć)	