



**PROSIMY UWAGNIE PRZECZYTAĆ PONIŻSZE INFORMACJE ORAZ WYPEŁNIĆ ANKIETĘ,  
KTÓRA ZNAJDUJE SIĘ NA DRUGIEJ STRONIE**

**Przed zabiegiem operacyjnym konieczna jest konsultacja anestezjologiczna w Klinice Nieborowice.  
Kontakt telefoniczny do lekarza anestezjologa od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 18:00  
dr Beata Wites, tel. kom. 603 056 857.**

**W DNIU ZABIEGU OPERACYJNEGO:**

1. Nie jeść przez 12 godzin przed planowanym zabiegiem i nie pić przez 2 godziny przed planowanym zabiegiem.
2. Usunąć makijaż z twarzy, zmyć lakier do paznokci, usunąć żel/hybrydy.
3. Zgłosić się do Kliniki Nieborowice zgodnie z ustalonym przez Izbę Przyjęć terminem.

**W DNIU ZGŁOSZENIA SIĘ DO KLINIKI NIEBOROWICE DO ZABIEGU OPERACYJNEGO  
PACJENT PROSZONY JEST O DOSTARCZENIE:**

1. Wyników badań laboratoryjnych (wykonanych nie wcześniej niż 5-7 dni przed zabiegiem operacyjnym):
  - grupa krwi, morfologia, czas KK, INR, APTT
  - EKG
2. Wyników badań laboratoryjnych do zabiegów endo-protezooplastyki (wykonanych nie wcześniej niż 5-7 dni przed zabiegiem operacyjnym):
  - grupa krwi, morfologia, czas KK, INR, APTT
  - kreatynina, jonogram, cukier
  - EKG
  - zaświadczenie od stomatologa o braku czynnej infekcji w jamie ustnej
  - zaświadczenie od lekarza rodzinnego o dobrym stanie zdrowia
3. Wypisów z poprzednich hospitalizacji
4. Wyników badań diagnostycznych
5. Przedmiotów codziennego użytku (kosmetyki, piżama, obuwie zmienne)
6. Posiadanych zaświadczeń o przeprowadzonych szczepieniach przeciwko żółtacze zakaźnej lub poziomemu przeciwciał
7. **Zażywanych aktualnie leków w oryginalnych opakowaniach producenta** – wypełnić dołączony dokument (Wykaz leków przyjmowanych na stałe).

**WAŻNE UWAGI DLA PACJENTÓW:**

1. W przypadku propozycji zmiany terminu lub rezygnacji z zabiegu operacyjnego prosimy o natychmiastowe zawiadomienie Kliniki Nieborowice:  
**tel.: 32 213 42 04, 32 213 42 50, 32 213 42 00**
2. Ze względu na przeprowadzone procedury medyczne zostałam/zostałem poinformowana/ny o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez **24 godziny**, od momentu wypisania z Kliniki Nieborowice.
3. W przypadku zażywania leków przeciwkrzepliwych proszę poinformować o rodzaju leku i odstawić go na 5 dni przed operacją, zamieniając na podskórne zastrzyki heparyny drobnocząsteczkowej.

DATA

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW



## PROSIMY O UWAŻNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO FORMULARZA.

Dane w nim zawarte pomogą lekarzowi anestezjologowi wybrać odpowiednią metodę znieczulenia lub – jeśli to będzie konieczne – wdrożyć odpowiednie przygotowanie do zabiegu. Jeśli macie Państwo wątpliwości przy udzielaniu odpowiedzi na pytania zawarte w formularzu, proszę zwrócić się z tym do lekarza anestezjologa w czasie wizyty przedoperacyjnej.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

DATA URODZENIA:

WZROST: .....cm WAGA:.....kg

**UWAGA: zaznacz kółkiem „○” właściwą odpowiedź i uzupełnij**

**Punkty 1-4 proszę wypełnić w dniu przyjęcia na zabieg operacyjny.**

- |                              |           |
|------------------------------|-----------|
| 1. Czy Pan(i) kaszle?        | TAK   NIE |
| 2. Czy ma Pan(i) gorączkę?   | TAK   NIE |
| 3. Czy ma Pan(i)katar?       | TAK   NIE |
| 4. Czy boli Pana(ią) gardło? | TAK   NIE |

- |   |           |
|---|-----------|
| 5. Czy miewa Pan(i) duszności (uczucie braku powietrza)   | TAK   NIE |
| 6. Czy miewa Pan(i) bóle w okolicy serca?   | TAK   NIE |
| 7. Czy miewa Pan(i) uczucie nierównego bicia serca?   | TAK   NIE |
| 8. Czy puchną Panu(i) nogi?   | TAK   NIE |
| 9. Czy miewa Pan(i) omdlenia lub zasłabnięcia?  | TAK   NIE |
| 10. Czy występowały lub występują u Pana(i) zaburzenia w krzepnięciu krwi – np. przedłużające się krwawienie po zranieniu czy po usunięciu zębów? | TAK   NIE |
| 11. Czy obecnie zażywa Pan(i) jakieś leki?  | TAK   NIE |

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

- |   |           |
|---|-----------|
| 12. Czy w ciągu ostatniego miesiąca zażywał(a) Pan(i) lub miał(a) podawane jakieś leki? | TAK   NIE |
|---|-----------|

Jeżeli tak, to z jakiego powodu i kiedy:

- |  |           |
|--|-----------|
| 13. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w szpitalu? | TAK   NIE |
|--|-----------|

Jeżeli tak, to z jakiego powodu i kiedy:

- |   |           |
|---|-----------|
| 14. Czy miał(a) Pan(i) jakieś zabiegi operacyjne? | TAK   NIE |
|---|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić ile i jakie:

- |  |           |
|--|-----------|
| 15. Czy występowały jakieś powikłania związane ze znieczuleniem lub narkozą? | TAK   NIE |
|--|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

- |  |           |
|--|-----------|
| 16. Czy jest Pan(i) uczulona na leki, pokarmy? | TAK   NIE |
|--|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

- |   |           |
|---|-----------|
| 17. Czy pali Pan(i) tytoń?                      | TAK   NIE |
| 18. Czy nosi Pan(i) protezę zębową?             | TAK   NIE |
| 19. Proszę podać datę ostatniej miesiączki      | TAK   NIE |
| 20. Czy jest Pani w ciąży?                      | TAK   NIE |
| 21. Czy miewa Pan(i) bóle w okolicy kręgosłupa? | TAK   NIE |

22. Proszę podać przebyte, zdiagnozowane choroby

- |  |           |
|--|-----------|
| – nadciśnienie tętnicze, od ..... roku   | TAK   NIE |
| – choroba wieńcowa, od ..... roku        | TAK   NIE |
| – zawał mięśnia sercowego, od ..... roku | TAK   NIE |
| – inne choroby serca, jakie i kiedy?     | TAK   NIE |

- |  |           |
|--|-----------|
| – gruźlica                                 | TAK   NIE |
| – przewlekły nieżyt oskrzeli od ..... roku | TAK   NIE |
| – inne choroby płuc, opłucnej i oskrzeli   | TAK   NIE |

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| – żółtaczką, jaki rodzaj, kiedy? | TAK   NIE |
|----------------------------------|-----------|

- |  |           |
|--|-----------|
| – inne choroby wątroby, jakie i kiedy? | TAK   NIE |
|--|-----------|

- |                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| – choroby nerek, jakie i kiedy? | TAK   NIE |
|---------------------------------|-----------|

- |                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| – choroby tarczycy, jakie i kiedy? | TAK   NIE |
|------------------------------------|-----------|

- |                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| – choroby układu nerwowego, mózgu | TAK   NIE |
|-----------------------------------|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

- |                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| – czy kiedykolwiek wystąpiły drgawki? | TAK   NIE |
|---------------------------------------|-----------|

- |                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| – choroby psychiczne, jakie i kiedy? | TAK   NIE |
|--------------------------------------|-----------|

- |            |           |
|------------|-----------|
| – porfirie | TAK   NIE |
|------------|-----------|

- |                         |           |
|-------------------------|-----------|
| – jaskra, od ..... roku | TAK   NIE |
|-------------------------|-----------|

- |                            |           |
|----------------------------|-----------|
| – miastenia, od ..... roku | TAK   NIE |
|----------------------------|-----------|

- |                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| – inne choroby mięśni, jakie i kiedy | TAK   NIE |
|--------------------------------------|-----------|

- |                           |           |
|---------------------------|-----------|
| – cukrzyca, od ..... roku | TAK   NIE |
|---------------------------|-----------|

- |                       |           |
|-----------------------|-----------|
| – AIDS, od ..... roku | TAK   NIE |
|-----------------------|-----------|

- |                 |           |
|-----------------|-----------|
| – poważne urazy | TAK   NIE |
|-----------------|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

- |   |           |
|---|-----------|
| – inne choroby, które były groźne dla życia | TAK   NIE |
|---|-----------|

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

- |                              |           |
|------------------------------|-----------|
| – pozostałe przebyte choroby | TAK   NIE |
|------------------------------|-----------|

23. Czy występują u Pana(i) częste, migrenowe uporczywe bóle głowy?

DATA

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW

## INFORMACJE DLA PACJENTÓW O RODZAJACH ZNIECZULEŃ. PROSIMY O UWAŻNE PRZECZYTANIE

Zabiegi operacyjne i inne czynności lekarskie związane ze znacznym bólem bądź nieprzyjemnymi doznaniem mogą być wykonywane w znieczuleniu ogólnym (w „narkozie”) lub w znieczuleniu przewodowym (regionalnym). Znieczulenie wykonuje lekarz anestezjolog. Jest on odpowiedzialny za prawidłowe przygotowanie pacjenta do

zabiegu, a także za przeprowadzenie znieczulenia. Przed znieczuleniem jest zobowiązany do przeprowadzenia rozmowy wyjaśniającej, zebrania wywiadu dotyczącego stanu ogólnego pacjenta, przebytych schorzeń. W czasie trwania znieczulenia dba o prawidłowe funkcjonowanie istotnych dla życia układów: krążenia i oddechowego.

### ZNIECZULENIE OGÓLNE

Znieczulenie ogólne, zwane popularnie narkozą, polega na wprowadzeniu w stan snu, wyłączeniu bólu i niepożądanych odruchów u znieczulonego pacjenta. Jeśli zabieg trwa krótko – kilka, kilkanaście minut, do znieczulenia ogólnego zwykle wystarcza podanie leków dożylnych. Do długich zabiegów, a także niekiedy do krótkich, konieczne jest zastosowanie intubacji tchawicy. Oznacza to założenie do tchawicy specjalnej rurki w celu zabezpieczenia dróg

oddechowych pacjenta, umożliwiającej sztuczne oddychanie oraz podawanie gazów znieczulających i tlenu. Przed założeniem rurki intubacyjnej pacjent otrzymuje dożylnie leki powodujące sen i zwiotczającymi mięśnie w celu bezbolesnego wykonania powyższej czynności. W trakcie zabiegu pacjent jest wentylowany tlenem, podawane są leki usypiające i przeciwbólowe tak, aby stworzyć odpowiednie warunki do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

### ZNIECZULENIE PRZEWODOWE (REGIONALNE)

Znieczulenie przewodowe polega na wyłączeniu czucia bólu w poszczególnych regionach ciała poprzez podanie leku znieczulającego miejscowo w okolicy nerwów przewodzących ból z obszarów ciała w obrębie, których wykonywany jest zabieg. Znieczulenie przewodowe jest w większości przypadków sposobem znieczulenia, które w mniejszym stopniu obciąża organizm. Możliwe jest wykonanie wielu rodzajów znieczulenia przewodowego. Najczęściej wykonuje się znieczulenie podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokadę

splotu ramiennego, blokady poszczególnych nerwów obwodowych. Znieczulenie podpajęczynówkowe i znieczulenie zewnątrzoponowe wykonuje się do zabiegów na kończynach dolnych, w obrębie krocza i dolnych partii brzucha. Znieczulenia te polegają na podaniu leku miejscowo znieczulającego w okolicy kręgosłupa. Ból związany z nakłuciem towarzyszącym każdemu znieczuleniu przewodowemu jest niewielki, gdyż igły używane do tego celu są bardzo cienkie. Miejsce nakłucia jest dodatkowo znieczulane miejscowo.

### BLOKADA SPLOTU RAMIENNEGO

Blokada splotu ramiennego wykonywana jest do zabiegów w obrębie kończyny górnej. W zależności od tego, która część kończyny górnej będzie operowana, blokadę wykonuje się z różnych dostępu. Oznacza to, że ukłucie igłą i podanie leków miejscowo znieczulających może dotyczyć okolicy szyi, okolicy dołu pachowego bądź

okolicy łokcia. Jednocześnie przez tą samą igłę zakładamy cienki cewnik plastikowy, który służy do podawania leków znieczulających w czasie zabiegu, czyli do wydłużenia znieczulenia. Po zabiegu zaś cewnik wykorzystywany jest do podawania leków przeciwbólowych, łagodzących ból pooperacyjny.

### WYBÓR SPOSOBU ZNIECZULENIA

Każdy ze sposobów znieczulenia ma swoje zalety i wady. Lekarz anestezjolog zaproponuje Panu/i takie znieczulenie, które będzie

najmniej obciążające dla organizmu i najlepiej dostosowane do planowanego zabiegu operacyjnego.

### RYZYKO

Powikłania związane ze znieczuleniem u pacjentów ze zdrowym układem krążenia i oddychania są niezmiernie rzadkie. Jednak każde postępowanie lekarskie wiąże się z określonym ryzykiem.

**Powikłania znieczulenia ogólnego:** Do najczęstszych, ale niezbyt groźnych powikłań znieczulenia ogólnego należą: nudności i wymioty pooperacyjne, dreszcze pooperacyjne, bóle gardła, bóle mięśni, uszkodzenia zębów (podczas intubacji), podawanie leków poza żyłę (pęknięcie żyły, złe wkłucie). Do poważnych powikłań zaliczamy: hipotonię, czyli spadek ciśnienia tętniczego krwi, hipertonię, czyli gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego krwi, niedotlenienie, wynikające ze skurczu krtań, skurczu oskrzeli, utrudnionej lub niemożliwej intubacji, zachłyśnięcia treścią żołądkową, niedokrwienie mięśnia serca lub zawał mięśnia serca, zaburzenia rytmu serca, zatorość płucną, reakcje uczuleniowe na leki.

**Powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego:** Do powikłań znieczulenia podpajęczynówkowego zaliczamy: popunkcyjne bóle głowy, popunkcyjne bóle pleców, zatrzymanie moczu (wymagające cewnikowania pęcherza). Do poważnych powikłań, ale występujących bardzo rzadko (0,45 na 10 000 znieczuleń) zaliczamy: uszkodzenie rdzenia kręgowego lub korzenia nerwowego, zapalenie opon mózgowych lub mózgu, krwiak podpajęczynówkowy.

**Powikłania znieczulenia zewnątrzoponowego:** Powikłania takie same, jak w znieczuleniu podpajęczynówkowym. W trakcie każdego rodzaju znieczulenia możliwe są zaburzenia funkcjonowania układu krążenia, dlatego też przed każdym znieczuleniem konieczne jest wkłucie do żyły cewnika, aby w każdej chwili można było podać potrzebne leki.

### PRZED ZABIEGIEM I ZNIECZULENIEM KONIECZNE JEST PRZESTRZEGANIE NASTĘPUJĄCYCH ZALECEŃ:

1. Aby uniknąć niebezpieczeństwa zachłyśnięcia się treścią pokarmową, należy przez minimum 6 godzin przed zabiegiem nie jeść i 2 godziny przed zabiegiem nie pić.
2. Należy wstrzymać się od palenia tytoniu, tak wcześnie jak to możliwe.
3. Do Kliniki Nieborowice należy przybyć na umówioną godzinę z odpowiedzialną osobą dorosłą, która zapewni opiekę pacjentowi po powrocie do domu.

4. Po zabiegu konieczny jest transport samochodem do domu.
5. W dniu zabiegu, po znieczuleniu nie można prowadzić pojazdów, obsługiwać skomplikowanych urządzeń, podejmować ważnych życiowo decyzji.
6. W razie wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów należy natychmiast zadzwonić pod wskazany numer.

### PRZESTRZEGANIE POWYŻSZYCH ZALECEŃ JEST KONIECZNE DLA ZAPEWNIENIA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTOWI W TRAKCIE ZNIECZULENIA I ZABIEGU OPERACYJNEGO.

**JEŻELI PACJENT ŻYCY SOBIE PO OPERACJI STAŁEJ OPIEKI I OBECNOŚCI BLISKIEJ OSOBY PROSZONY JEST O WCZEŚNIEJSZE USTALENIE TEGO W DZIALE PLANOWANIA.**

## UWAGI LEKARZA:

DATA

PODPIS LEKARZA

## ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

Podpisywana w czasie wizyty lekarza anestezjologa

Oświadczam że lekarz [ ] przeprowadził(a) ze mną rozmowę wyjaśniającą kwestię znieczulenia do zabiegu operacyjnego. W czasie tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Nie mam więcej pytań. Rozumiem na czym polega znieczulenie, któremu będę poddawany(a). Oświadczam również, że przeczytałem(am) cały tekst zawarty w niniejszym formularzu i rozumiem treść w nim zawartą.

### Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie

(odpowiednie proszę zaznaczyć kółkiem „○”):

- TAK sedacji
- TAK znieczulenia ogólnego dotchawicznego
- TAK znieczulenia ogólnego dożylnego
- TAK znieczulenia podpajęczynówkowego
- TAK znieczulenia zewnątrzoponowego
- TAK blokady splotu ramiennego
- TAK znieczulenia odcinkowego dożylnego
- TAK blokady nerwów obwodowych

**Wyrażam również zgodę na towarzyszące znieczuleniu postępowanie (infuzja, transfuzja, leczenie krążeniowo-oddechowe, pobieranie krwi do badań) w czasie i po zabiegu.**

**Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego – w tym zmianę rodzaju znieczulenia.**

DATA

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, iż klauzula informacyjna dla pacjentów Kliniki Nieborowice dotycząca rozporządzenia o ochronie danych osobowych jest dostępna na stronie internetowej pod adresem: [www.klinika-nieborowice.pl/docs/rodo-pacjenci-kn](http://www.klinika-nieborowice.pl/docs/rodo-pacjenci-kn).

DATA

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW