

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia PESEL.....

Planowane badanie Data badania

Szanowna Pani, Szanowny Panie

Zdecydował się Pan / Pani na badanie endoskopowe. Wypełniając tą kartę deklaruje Pan/Pani chęć znieczulenia z pielęgniarką anestezyjologiczną.

Opcja ta wiąże się z dożylnym podaniem midanium (leku powodującego uspokojenie i bardzo często niepamięć) oraz fentanylu (leku przeciwbólowego). **Nie gwarantuje to zaśnięcia podczas badania.**

Drogi Pacjencie jeżeli oczekujesz, że podczas tego znieczulenia będziesz spał to nie jest to właściwa opcja dla Ciebie. Powinieneś wybrać znieczulenie z zespołem anestezyjologicznym.

Ze względu na planowane znieczulenie należy przestrzegać poniższych zaleceń:

1. proszę zabrać ze sobą wypisy z poprzednich pobytów w szpitalu oraz ostatnie wyniki badań związane z przebytymi/obecnymi chorobami
2. przynajmniej **6 godzin** przed znieczuleniem nie jeść, nie pić i nie palić papierosów, a w przypadku kolonoskopii na 2-3 godziny zaprzestać picia preparatu przygotowującego do badania.
3. rano w dniu badania popić minimalną ilość płynów niezbędne leki
4. przed udaniem się na salę endoskopową należy:

- a. wyjąć ruchome protezy dentystyczne
- b. zdjąć biżuterię (kolczyki, łańcuszki, pierścionki, obrączkę)
- c. zmyć makijaż i usunąć lakier z paznokci

Po badaniu w znieczuleniu należy

- zapewnić towarzystwo osoby dorosłej, która odwiedzi Pana/Panią do domu**
- zapewnić opiekę osoby dorosłej - do rana następnego dnia
- nie kierować pojazdami mechanicznymi przez 24 h po znieczuleniu
- mieć dostęp do telefonu i w razie wątpliwości kontaktować się z lekarzem wykonującym badanie, lub gdy nie jest on osiągalny, a dzieje się coś niepokojącego – z lekarzem pierwszego kontaktu lub pogotowiem ratunkowym.

Osoby, potrzebujące zwolnienia lekarskiego na dzień badania powinny przygotować następujące dane: PESEL i NIP ubezpieczonego, NIP i nazwę pracodawcy.

Poniżej umieściliśmy kwestionariusz, który prosimy wypełnić **własnoręcznie** przed badaniem. Pomoże to nam w zaplanowaniu właściwego postępowania medycznego.

Prosimy o dokładne zapoznanie się z kwestionariuszem i dokładne wypełnienie oraz odpowiedź na postawione pytania. Pozwoli to na bezpieczne przeprowadzenie badania endoskopowego.

Wiek..... Waga.....kg Wzrost.....cm Ciśnienie krwi/..... mmHg

Znane alergie (uczulenia) na leki i inne substancje:

.....
Obecnie zażywane leki (regularnie i doraźnie) i ich dawki:

.....
Przebyte zabiegi operacyjne (rodzaj i rok w którym został przeprowadzony):

.....
Przebyte hospitalizacje (przyczyna i rok, w którym się odbyła):

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, zaznaczając właściwą odpowiedź:

Czy występują u Pani/Pana następujące schorzenia?:

Choroby serca.....	NIE/TAK
Bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, omdlenia.....	NIE/TAK
Nadciśnienie tętnicze.....	NIE/TAK
Astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli.....	NIE/TAK
Inne choroby płuc.....	NIE/TAK
Duszność przy wysiłku lub w nocy.....	NIE/TAK
Cukrzyca.....	NIE/TAK
Choroby tarczycy.....	NIE/TAK
Choroby nerek lub kłopoty z moczem.....	NIE/TAK
Padaczka lub drgawki w wywiadzie.....	NIE/TAK
Anemia lub inne choroby krwi.....	NIE/TAK
Żylaki kończyn dolnych.....	NIE/TAK
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy.....	NIE/TAK
Inne poważne schorzenia.....	NIE/TAK
Czy pali Pani/Pan papierosy? (ile na dzień/ile lat).....	NIE/TAK
Czy ma Pani/Pan ruchome zęby, mostki, protezy?.....	NIE/TAK
Czy ma Pani/Pan rozrusznik serca lub jakieś implanty?.....	NIE/TAK
Kobiety: Czy jest Pani w ciąży?.....	NIE/TAK
Czy stosuje Pani pigułki antykoncepcyjne lub HTZ?.....	NIE/TAK
Czy u Pani/Pana lub kogoś z członków rodziny wystąpiły problemy związane ze znieczuleniem?.....	NIE/TAK
Czy jest jeszcze coś, o czym powinien wiedzieć lekarz?.....	NIE/TAK

jeśli tak proszę wpisać poniżej

.....

.....
Podpis pacjenta

Zgoda na znieczulenie:

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie. Założenia, cele, stopień ryzyka z nim związany, możliwości powikłań z niego wynikających zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi wszelkich niezbędnych informacji na temat znieczulenia. Jednocześnie zapewniam, iż przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o aktualnym swoim stanie zdrowia i przebytych chorobach. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie, tak co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedoświadczenia lub niedoświadczania. Miałem nieograniczone możliwości zadawania pytań i uzyskałem/am w pełni zrozumiałe dla mnie wyjaśnienia. Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie.

DataPodpis pacjenta.....

Podpis osoby odbierającej pacjenta po badaniu