

## ZGODA NA ZNIECZULENIE

Lekarz anesteziolog przeprowadził ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą postępowanie. Zrozumiałem/am wyjaśnienia i zadałem/am wszystkie interesujące mnie pytania w szczególności dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad, oraz możliwości powikłań.

**Nie mam żadnych dalszych pytań. Zgadzam się, aby planowany zabieg został przeprowadzony w:**

Znieczuleniu ogólnym   
Sedacji

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. przetoczenie płynów, krwi, dodatkowe wklucie dożylnie).

Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego:

.....  
.....  
.....  
(podpis pacjenta)

.....  
data podpis lekarza

## OŚWIADCZENIE

Nic nie jadłem/am i nie piłem/am od 6 godzin.  
Mam zapewniony transport do domu z dorosłą osobą towarzyszącą.

.....  
data podpis pacjenta

.....  
imię i nazwisko data urodzenia

.....  
adres

.....  
telefon

PROSZĘ O ZAKREŚLENIE WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI    
WPISANIE INFORMACJI DUŻYMI LITERAMI LUB

ODPOWIEDNIE PODKREŚLENIE.

Jaki wykonuje Pani zawód?.....

Czy znajdował/a się Pan/i ostatnio pod opieką lekarską z powodu przewlekłej choroby?

TAK  NIE

Czy jest Pani w ciąży?

TAK  NIE

Czy brał/a Pan/i w ciągu ostatnich 10 dni LEKI PRZECIWGRYPOWE, PRZECIWBÓLOWE, OBNIŻAJĄCE KRZEPILNOŚĆ, PRZECIWRHEUMATYCZNE?

.....  
 TAK  NIE

Czy przyjmuje Pan/i na stałe jakieś lekarstwo?

TAK  NIE

.....  
.....  
Jakie operacje przebył/a Pan/i dotychczas (np. „woreczek żółciowy 1994”, „zabieg ginekologiczny 1985”)?

.....  
.....

Czy w związku z zabiegiem  
wydarzyło się coś  
szczególnego? Co?  
 TAK  NIE  
.....  
.....  
.....  
.....  
Czy krewni Pani/a mieli jakieś  
powikłania związane ze  
znieczuleniem?  
 TAK  NIE  
Czy miał/a Pan/i przetaczaną  
krew?  
 TAK  NIE  
Czy pojawiły się przy tym  
komplikacje?  
 TAK  NIE  
Czy jest Pani/u wiadomo, że  
chorował/a Pan/i na którąś z  
podanych chorób:  
Choroby mięśni, wiotkość  
mięśni.  
 TAK  NIE  
Czy choroby mięśni, wiotkość  
mięśni występowały lub  
występują u krewnych?  
 TAK  NIE  
Choroby serca (np. zawał  
serca, choroba wieńcowa,  
wada serca, zapalenie mięśnia

sercowego, zaburzenia rytmu  
serca, inne)?  
 TAK  NIE  
Czy choruje Pan/i na  
nadciśnienie tętnicze?  
 TAK  NIE  
Choroby płuc i dróg  
oddechowych (np. gruźlica,  
pylica, zapalenie płuc,  
rozedma, astma oskrzelowa,  
inne)?  
 TAK  NIE  
Choroby wątroby (np.  
żółtaczka, marskość, inne)?  
 TAK  NIE  
Czy ma Pan/i żyłaki kończyn  
dolnych (nóg)?  
 TAK  NIE  
Choroby nerek (np. zapalenia,  
kamica, inne)  
 TAK  NIE  
Zaburzenia przemiany materii  
np. cukrzyca?  
 TAK  NIE  
Choroby tarczycy (np.  
niedoczynność, nadczynność,  
powiększenie tarczycy, inne)?  
 TAK  NIE  
Choroby oczu (np. jaskra,  
zaćma, inne)?  
 TAK  NIE

Choroby układu nerwowego  
np. padaczka, niedowład,  
inne)?  
 TAK  NIE  
Czy był/a Pan/i leczony/a z  
powodu chorób psychicznych  
(np. nerwicy, depresji, inne)?  
 TAK  NIE  
Choroby układu kostnego  
(kręgosłupa, stawów, inne)?  
 TAK  NIE  
Czy choruje Pan/i na  
owrzodzenie żołądka lub  
dwunastnicy?  
 TAK  NIE  
Choroby krwi lub zaburzenia  
krzepnięcia (np. skłonność do  
powstawania krwiaków,  
krwawienia z nosa, inne)?  
 TAK  NIE  
Uczulenia (katar sienny,  
wysypki, nadwrażliwość na  
żywność, leki, plaster)?  
 TAK  NIE  
Czy choruje Pan/i na inną niż  
wymienione chorobę?  
 TAK  NIE  
.....  
.....  
.....

Czy ma Pan/i protezy zębowe  
(np. koronki mosty,  
wyjmowane protezy, inne)?  
 TAK  NIE  
Czy ma Pan/i ruszające się  
zęby?  
 TAK  NIE  
Czy pali Pan/i regularnie?  
 TAK  NIE  
Czy pije Pan/i regularnie  
alkohol?  
 TAK  NIE  
Czy jest Pan/i  
przyzwyczajony/a do jakichś  
lekarstw?  
 TAK  NIE  
Czy Pan/i źle słyszy?  
 TAK  NIE  
Inne (np. wypadki, trudne  
warunki)?  
 TAK  NIE  
Opis:.....  
.....  
.....  
.....