Załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 269/2013 z dnia 13 sierpnia 2013 r

Data: {data}

Wypełnił: {daneLekarza}

Załącznik do historii choroby Pacjenta: {imie} {nazwisko} (imię i nazwisko)

PESEL/ Data urodzenia: {PESEL}

Rozpoznanie:

Rodzaj zabiegu:

Nr umowy z NFZ 07R-1-00028-03-01

**SZPITAL WOLSKI** im. Dr Anny Gostyńskiej

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

NIP: 527-10-45-483, REGON 011035381

Tel. Centrala 22 38 94-700, fax 22 632-38-93

Przedsiębiorstwo: Szpital Specjalistyczny, ul Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa

REGON Przedsiębiorstwa: 011035381-00023

Jednostka organizacyjna: Szpital, część V kodu: 01

Komórka organizacyjna: Oddział anestezjologii i intensywnej terapii część VII kodu 019, część VIII kodu 4260

Tel. 22-38-94-930, fax: 22-38-94-733

……………………………………………

Pieczęć komórki organizacyjnej

**KARTA ANESTEZJOLOGICZNA**

**SZPITAL WOLSKI**

**ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZNIECZULENIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA ANESTEZJOLOGICZNA SZPITAL WOLSKI** | | | | | | | | | | | |
| Nr ks. Gł. Przyjęć i wypisów/Nr ks. chorych oddziału | | | | | | | Data: {data} r. | | | | |
| Imię i Nazwisko: {imie} {nazwisko} | | | | | | | PESEL / data urodzenia {PESEL} | | | | |
| Rozpoznanie: | | | | | | | Waga kg | | | | |
| Planowany zabieg: | | | | | | | Wzrost cm | | | | |
| **Wywiad** | | | | | | | | | | | |
| Choroba wieńcowa | |  | | | Jaskra | | | |  | | |
| Przebyty zawał mięśnia sercowego | |  | | | WZW | | | |  | | |
| Zaburzenia rytmu i przewodnictwa | |  | | | Inne choroby wątroby | | | |  | | |
| Nadciśnienie tętnicze | |  | | | Choroba wrzodowa żołądka | | | |  | | |
| Inne choroby układu krążenia | |  | | | Choroby krwi | | | |  | | |
| Zapalenie płuc lub oskrzeli | |  | | | Choroby tarczycy | | | |  | | |
| Astma oskrzelowa | |  | | | Inne zaburzenia hormonalne | | | |  | | |
| Inne choroby płuc | |  | | | Choroby układu kostnego | | | |  | | |
| Udar mózgu | |  | | | Choroby psychiczne | | | |  | | |
| Niedowład lub porażenie | |  | | | Uczulenia, w tym na leki | | | |  | | |
| Inne choroby układu nerwowego | |  | | | Alkohol | | | |  | | |
| Niewydolność nerek | |  | | | Papierosy | | | | | | |
| Inne choroby nerek | |  | | | Inne | | | | | | |
| Cukrzyca | |  | | |
| Przebyte zabiegi/Przyjmowane leki/Komentarz | | | | | | | | | | | |
|
| **Badania fizykalne** | | | | | | | | | | | |
| Ciśnienie krwi mmHg | | | | | Tętno /min | | | | | | |
| Ocena układu oddechowego/RTG | | | | | | | | | | | |
|
| Ocena układu krążenia/EKG: | | | | | | | | | | | |
|
| **Wyniki badań dodatkowych:** | | | | | | | | | | | |
| Hb g/dl | | | Ht % | | | Płytki tys. | | | | | APTT s |
| Grupa krwi | | | | Rh | | | | | | INR | |
| Glukoza mg/dl | | | Kreatynina mg/dl | | | K mmol/l | | | | | Na mml/l |
| Inne: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Przewidywana trudna intubacja** | | | | | | | | | | | |
| Nie | Tak (dlaczego) | | | | | | | | | | |
| **ASA(uwagi)** | | | | | | | | {daneLekarza}  Podpis i pieczątka lekarza sporządzającego kartę | | | |
|
|

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZNIECZULENIE**

1. **Osoby uprawnione do wyrażania zgody\***

Pacjent: {imie} {nazwisko} PESEL/ Data urodzenia {PESEL}

(imię i nazwisko)

Przedstawiciel ustawowy:

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

Pacjent: {imie} {nazwisko} PESEL/ Data urodzenia {PESEL}

(imię i nazwisko pacjenta)

1. **Nazwa procedury medycznej \***

Przeprowadzenie znieczulenia

* Ogólnego
* Zewnątrzoponowego
* Podpajęczynówkowego
* Analgosedacja
* Blokada splotu ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Dodatkowe informacje dotyczące wykonania procedury**\***:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną**
2. **Znieczulenie ogólne**

Powikłania:

- nudności,

- wymioty,

- drapanie bądź ból gardła,

- alergia na lek,

Bardzo rzadko niedotlenienie a w jego konsekwencji zaburzenia krążeniowo – neurologiczne, ze zgonem włącznie.

1. **Znieczulenie zewnątrzoponowe, Znieczulenie podpajęczynówkowe**

Powikłania:

- niewystarczający poziom znieczulenia,

- zbyt rozległe znieczulenie

– przejściowe problemy z oddawaniem moczu,

\* wypełnia lekarz, zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat

**Uwaga: dla pkt. I - rubryki nie wypełniane lekarz zobowiązany jest oznaczyć wpisem ,, nie dotyczy”**

- spadek ciśnienia tętniczego krwi i częstości pracy serca,

- alergia na zastosowany lek,

- popunkcyjne bóle głowy lub bóle kręgosłupa,

Bardzo rzadko:

- krwiak i powikłania neurologiczne,

- ropień w kanale kręgowym.

**3. Znieczulenie analgosedacja**

Powikłania:

- alergia na lek,

Bardzo rzadko niedotlenienie a w jego konsekwencji zaburzenia krążeniowo – neurologiczne, ze zgonem włącznie.

1. **Znieczulenie blokada splotu (w zależności od rodzaju blokowanego splotu)**

Powikłania:

- niewystarczający poziom znieczulania,

- niezamierzone podanie środka znieczulającego donaczyniowo,

- objawy neurologiczne spowodowane krwiakiem uciskającym na nerwy,

- alergia na podany lek,

- odma opłucnowa

1. **Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta**\*

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

**……………………………………………………………………………………………………………………………….…………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….…**

**……………………………………………………………………………………………………………….…………………………**

1. **Pytania pacjenta/ przedstawiciela ustawowego**\*\*

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

 Pacjent  Przedstawiciel ustawowy (NIE DOTYCZY)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

Data i czytelny podpis pacjenta {data} {imie} {nazwisko}

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego NIE DOTYCZY

\* wypełnia lekarz, zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat

\*\* zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat

**Uwaga: dla pkt. IV - rubryki nie wypełniane lekarz zobowiązany jest oznaczyć wpisem ,, nie dotyczy”**

**Oświadczenia pacjenta/ przedstawiciela ustawowego**\*\*\*

1. **Oświadczenia pacjenta**

Pacjent: {imie} {nazwisko} PESEL/ Data urodzenia {PESEL}

(imię i nazwisko pacjenta)

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zrozumiałem istotę powyższego, zaproponowanego mi znieczulenia.

2. Zostałem poinformowany o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach (następstwach) z nim związanych.

3. Wszelkie wątpliwości dotyczące znieczulenia zostały mi wyjaśnione.

4 .Miałem także możliwość zadania w czasie rozmowy z lekarzem – anestezjologiem, pytań na temat czekającego

mnie znieczulenia.

5. Zostałem poinformowany o innych, alternatywnych metodach znieczulenia.

6. Zostałem poinformowany, dlaczego w moim przypadku proponowany jest właśnie powyższy sposób

znieczulenia.

Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to , że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj/ sposób znieczulenia może być zmieniony na inny ze względu na moje dobro.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/ zataiłam istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Tekst powyższy

* przeczytałem/ przeczytałam,  został mi przeczytany i zrozumiałem.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/ zapoznałam się z treścią niniejszego formularza oraz informacjami przekazanymi przez: {daneLekarza}

(dane lekarza)

{data} {imie} {nazwisko}

data i czytelny podpis Pacjenta

**1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

{data} {imie} {nazwisko}

data i czytelny podpis Pacjenta

**2. Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

{data} {imie} {nazwisko}

data i czytelny podpis Pacjenta

Pacjent:………………………………………………….……………………………………….PESEL/ Data urodzenia…………………………

(imię i nazwisko)

\*\*

**3. Dodatkowe adnotacja lekarza**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

{data} {daneLekarza}

data i czytelny podpis lekarza

\*\*\* wypełnia pacjent lub przedstawiciel ustawowy w odpowiedniej tabeli A lub B

**Uwaga: dla pkt. VI - rubryki nie wypełniane lekarz zobowiązany jest oznaczyć wpisem ,, nie dotyczy”**

**Oświadczenia przedstawiciela ustawowego**

Przedstawiciel ustawowy: PESEL/ Data urodzenia:

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zrozumiałem istotę powyższego, zaproponowanego pacjentowi, którego jestem przedstawicielem ustawowym

znieczulenia.

1. Zostałem poinformowany o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach (następstwach) z nim związanych.
2. Wszelkie wątpliwości dotyczące znieczulenia zostały mi wyjaśnione.
3. Miałem także możliwość zadania w czasie rozmowy z lekarzem – anestezjologiem, pytań na temat czekającego

pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym znieczulenia.

1. Zostałem poinformowany o innych, alternatywnych metodach znieczulenia.
2. Zostałem poinformowany, dlaczego w przypadku pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym

proponowany jest właśnie powyższy sposób znieczulenia.

Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to , że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj/ sposób znieczulenia może być zmieniony na inny ze względu na dobro pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/ zataiłam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym

Tekst powyższy

 przeczytałem/ przeczytałam,  został mi przeczytany i zrozumiałem.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/ zapoznałam się z treścią niniejszego formularza oraz informacjami przekazanymi przez: {data} {daneLekarza}

(dane lekarza)

**1. Jako przedstawiciel ustawowy pacjenta wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego:

**2. Jako przedstawiciel ustawowy pacjenta nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego:

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia i przyjmującego oświadczenia.

………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. Dodatkowe adnotacje lekarza**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIE DOTYCZY

………………………………………..

data i czytelny podpis lekarza

Data i czytelny podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej procedurze i przyjmującego oświadczenia

{data} {daneLekarza}

\*\*\* wypełnia pacjent lub przedstawiciel ustawowy w odpowiedniej tabeli A lub B

**Uwaga: dla pkt. VI - rubryki nie wypełniane lekarz zobowiązany jest oznaczyć wpisem „nie dotyczy”**