

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

1. Nazwisko i imię..... wiek..... Nr.....

2. Rozpoznanie ..... oddz.....

3. Choroby współistniejące: masa ciała: ..... kg, wzrost..... cm

**Układ oddechowy:** wydolny - granica wydolności - niewydolny

**Układ krążenia:** wydolny - wyrównany - granica wydolności - niewydolny

Leki:

Znieczulenia:

Uczulenia:

Inne:

4. KWALIFIKACJA

- ZAKWALIFIKOWANY
- ZAKWALIFIKOWANY WARUNKOWO
- ZWIĘKSZONE RYZYKO POWIKŁAŃ
- NIEZAKWALIFIKOWANY

5. Ryzyko znieczulenia:/skala ASA/1 II III IV V E

6. Rodzaj znieczulenia: **ogólne dożylne**

7. Zlecenia dodatkowe:

8. RR HR

KARTA ZNIECZULENIA OGÓLNEGO DOŻYLNIEGO

| Lek.....    | Piel..... | Data.....      | Godz..... |
|-------------|-----------|----------------|-----------|
| Atropina    | mg        | Fentanyl       | mg        |
| Dexaven     | mg        | Midazolam      | mg        |
| Ephedryna   | mg        | Propofol       | mg        |
| Ketonal     | mg        | Hypnomidate    | Mg        |
| Pyralgina   | mg        | O <sub>2</sub> |           |
| Paracetamol | mg        |                |           |

Data:

Podpis:

Monitorowanie: BP - HR - Sa02

Skała Alberta: .....pkt.....

Inne: .....

**ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA**

Oświadczam, że dr..... przeprowadził ze mną w dniu..... rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do czekającej mnie operacji. W czasie tej rozmowy mogłem/am pytać o wszelkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia i związanego z nim ryzyka.

Nie mam więcej pytań. Rozumiem na czym polega znieczulenie któremu będę poddany/na.

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie: **znieczulenie ogólne dożylnie**

Wyrażam również zgodę na towarzyszące znieczuleniu postępowanie przed, w czasie i po znieczuleniu. Postępowanie to może obejmować przetaczanie dożylnie płynów, leczenie krążeniowe, oddechowe, pobieranie krwi do badań.

Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestetycznego. Ponadto oświadczam, że świadomie nie zataiłem/am żadnych informacji związanych z moim stanem zdrowia.

Godzina ostatniego spożytego posiłku .....

Data .....

Podpis .....

Ryzyko znieczulenia: .....

Uwagi:.....

Data .....

Lekarz konsultujący.....