



**Formularz świadomej zgody
na postępowanie anestezyjologiczne
(znieczulenie u dziecka)**

PA/PP/03-25

Strona 1 z 4

Wydanie 1

Prosimy o dokładne przeczytanie poniższych wyjaśnień oraz wypełnienie „Przedoperacyjnej Ankiety Anestezyjologicznej” dotyczącej stanu zdrowia Pani/Pana dziecka, przeszłości chorobowej i ew. stosowanych leków. Odpowiadając starannie na pytania ankiety możecie Państwo uczynić wszystko dla bezpieczeństwa swojego dziecka, bowiem każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka związanego ze znieczuleniem. Lekarz anestezyjolog po rozmowie, zapoznaniu się z dokumentacją oraz po badaniu, w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej, stan zdrowia pacjenta oraz specyfikę planowanego zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego podejmie decyzję co do postępowania anestezyjologicznego oraz wyjaśni ewentualne wątpliwości. Dopiero po rozmowie i w obecności anestezyjologa prosimy o podpisanie formularza zgody na znieczulenie.

Rodzaje znieczuleń można umownie podzielić na ogólne i regionalne (przewodowe).

Znieczulenie ogólne (potocznie zwane „narkozą”):

1. Polega na czasowym „uśpieniu” dziecka na okres zabiegu operacyjnego lub badania.
2. Środek nasenny podaje się zazwyczaj początkowo dożylnie, rzadko do oddychania przez maskę.
3. Po zaśnięciu dziecka anestezyjolog kontynuuje podawanie leków nasennych i przeciwbólowych, najczęściej przejmując również oddychanie wkładając do tchawicy rurkę i podłączając dziecko do respiratora oraz stosując leki porażające mięśnie. Przez cały czas trwania operacji anestezyjolog jest obecny w pobliżu dziecka, nadzorując jego stan i na bieżąco lecząc występujące powikłania.
4. Do niektórych rodzajów zabiegów konieczne jest założenie dodatkowych elementów monitorowania oraz specjalnych kaniul dożylnych i tętnicznych, cewnika do pęcherza moczowego lub sondy temperaturowej do przełyku. Zazwyczaj odbywa się to już po zaśnięciu dziecka.
5. W związku ze znieczuleniem ogólnym mogą wystąpić następujące powikłania wg malejącej częstości występowania: ból gardła, uczucie drapania, trudności w przełykaniu, uczucie braku powietrza i trudności w oddychaniu, nudności i wymioty, śródoperacyjne odzyskanie świadomości, trudności z utrzymaniem drożności górnych dróg oddechowych i związane z tym uszkodzenia zębów, warg, języka, nietypowe reakcje na leki anestezyjologiczne, niedotlenienie organizmu związane z trudnościami w wentylacji, aspiracja treści pokarmowej do płuc i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa, gorączka złośliwa, zgon z przyczyn anestezyjologicznych.

Przy znieczuleniach wykonywanych zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania najcięższe powikłania są bardzo rzadkie - częstość zgonów ocenia się na ok. 1:10.000 lub mniej - ryzyka ich wystąpienia nie można jednak całkowicie wykluczyć.

Znieczulenie regionalne (przewodowe)

1. Polega na podaniu specjalnego leku, tzw. leku miejscowo znieczulającego, w okolice nerwów, splotów nerwowych lub rdzenia kręgowego. Powoduje to przejściowe zablokowanie funkcji tych nerwów, dając bezbolesność operowanej części ciała.
2. Znieczulenie regionalne rzadko jest wykonywane u dzieci - raczej u dzieci starszych. Zwykle jest wtedy łączone ze znieczuleniem ogólnym (narkozą) lub płytkim uśpieniem.
3. Wybieramy zawsze postępowanie, które jest najlepsze dla przewidywanej operacji i najmniej obciąża dziecko. Jeśli anestezyjolog podejmie decyzję o wykonaniu u dziecka znieczulenia regionalnego, udzieli na jego temat wyczerpujących informacji.

Przygotowanie do znieczulenia - posiłki:

Przed wykonaniem jakiegokolwiek znieczulenia i zabiegu operacyjnego ważne jest, aby dziecko było na czczo, żeby zapobiec przypadkom dostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych. Oznacza to, że nie wolno spożywać pokarmów na mniej niż 6 godzin oraz czystych płynów (woda, niesłodzona herbata) na mniej niż 2 godziny przed znieczuleniem. Niemowląt nie można karmić 4 godziny przed narkozą. Prosimy nie przynosić ani nie podawać Waszemu dziecku przed znieczuleniem i operacją jedzenia i picia, a także żadnych słodyczy, owoców i gumy do żucia.



**Formularz świadomej zgody
na postępowanie anestezyjologiczne
(znieczulenie u dziecka)**

PA/PP/03-25

Strona 2 z 4

Wydanie 1

Przedoperacyjna Ankieta Anestezyjologiczna dla dzieci

Imię i nazwisko Data urodzenia:

Miejsce zamieszkania Wzrost

Rozpoznanie/zabieg Waga

1. Czy Państwa dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy? TAK NIE
Jeśli tak - z powodu jakiej choroby:
2. Jakie Państwa dziecko zażywa jakieś leki: TAK NIE
.....
3. Czy Państwa dziecko było szczepione w ostatnich 3 miesiącach? TAK NIE
.....
4. Czy Państwa dziecko było operowane? TAK NIE
Jeśli tak - kiedy i dlaczego?
.....
 - czy obserwowano w czasie znieczulenia szczególne reakcje? TAK NIE
 - czy u bliskich krewnych dziecka doszło w związku z narkozą do jakiś niewyjaśnionych powikłań? TAK NIE
5. Czy Państwa dziecko otrzymywało kiedyś transfuzję krwi? TAK NIE
 - Jeśli tak - czy towarzyszyły temu komplikacje? TAK NIE

Czy Państwa dziecko cierpi lub cierpiało kiedyś na którąś z wymienionych chorób?

6. Schorzenia lub osłabienie mięśni (np. miastenia) TAK NIE
 - czy takie schorzenia występowały lub występują u bliskich krewnych dziecka? TAK NIE
7. Choroby układu krążenia u serca TAK NIE
 - czy wydolność fizyczna dziecka jest ograniczona? TAK NIE
 - czy dziecko sinieje przy dużych wysiłkach? TAK NIE
 - czy dziecko ma silną duszność przy wysiłkach? TAK NIE
 - czy dziecko ma rozpoznaną wadę serca? TAK NIE
8. Choroby układu oddechowego TAK NIE
 - czy dziecko choruje na zapalenie oskrzeli? TAK NIE
 - czy ma lub miewa duszność? TAK NIE
 - czy dziecko choruje na astmę? TAK NIE
 - czy dziecko choruje na gruźlicę? TAK NIE
 - czy dziecko choruje na inne choroby płuc? TAK NIEJeśli tak, jakie?
9. Choroby wątroby, nerek, skłonność do krwawień TAK NIE
 - czy dziecko przechodziło żółtaczkę zakaźną? TAK NIE
 - czy dziecko ma wzmożoną skłonność do krwawień, siniaków? TAK NIE
 - czy dziecko ma często zapalenie pęcherza moczowego? TAK NIE
 - czy dziecko przechodziło zapalenie nerek lub zakażenie dróg moczowych z wysoką temperaturą? TAK NIE



**Formularz świadomej zgody
na postępowanie anestezyologiczne
(znieczulenie u dziecka)**

PA/PP/03-25

Strona 3 z 4

Wydanie 1

10. Choroby układu nerwowego

- czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego? TAK NIE
 - czy dziecko miało w czasie gorączki drgawki lub kurcze? TAK NIE
 - czy dziecko miało kiedykolwiek drgawki? TAK NIE
- Jeśli tak, kiedy?

11. Uczulenia

- czy dziecko cierpi na katar sienny? TAK NIE
 - czy dziecko miało wysypkę po lekach lub innych substancjach? TAK NIE
- Jeśli tak, po jakich?

12. Choroby przemiany materii

- czy dziecko choruje na cukrzycę? TAK NIE
- czy dziecko ma nietolerancję fruktozy? TAK NIE
- czy dziecko ma schorzenia innych gruczołów dokrewnych (tarczyca, nadnercza)? TAK NIE

13. Czy dziecko ma chorobę oczu?

Jeśli tak, jaką? TAK NIE

14. Czy dziecko ma uszkodzone zęby (ruszające się zęby mleczne, aparaty i protezy zębowe)?

TAK NIE

15. Czy dziecko ma częste zapalenia migdałków?

Jeśli tak, kiedy ostatnio? TAK NIE

16. Czy dziecko ma choroby uszu?

Jeśli tak, kiedy ostatnio? TAK NIE

17. Dodatkowe informacje (np. nie wymienione w ankiecie schorzenia poprzedzające aktualną chorobę i/lub ewentualnie powodujące kalectwo):

Badanie anestezyologiczne

RYZIKO ASA

Ocena trudności intubacji

	TAK	NIE		TAK	NIE		TAK	NIE
Ograniczone przygięcie głowy			Niedrożne przewody nosowe			Ograniczone otwarcie ust		
			Wąski kąt podbródkowy			Wąska szpara ust		
Ograniczone odgięcie głowy			Obrzęk pod brodą i/lub szyi			Mała jama ustna		
			Mała odległość bródka - chrząstka tarczowa			Źle widoczne łuki podniebienne		
Duża żuchwa			Przemieszczenie tchawicy			Rozszczep		
Mała żuchwa			Blizny na szyi			Duży język		
			Antesternal mass			Długie zęby		

UWAGI:

.....

.....

.....



**Formularz świadomej zgody
na postępowanie anestezyjologiczne
(znieczulenie u dziecka)**

PA/PP/03-25

Strona 4 z 4

Wydanie 1

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Nazwisko i imię
pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Do zabiegu operacyjnego/ diagnostycznego (planowana data ODDZIAŁ

zapropozowano znieczulenie

**Zgoda opiekuna prawnego pacjenta (w szczególnych sytuacjach opiekuna faktycznego)
oraz zgoda małoletniego pacjenta, jeśli ma ukończone 16 lat:**

<i>(proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź):</i>	Opiekun prawny	Pacjent >16 lat
Oświadczam, że udzielone informacje dotyczące mojego stanu zdrowia / mojego dziecka, w przedoperacyjnej ankiecie anestezyjologicznej dla dzieci, są pełne i zgodne z prawdą.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Niniejszym wyrażam zgodę na zaproponowany rodzaj znieczulenia do planowanego zabiegu operacyjnego/diagnostycznego, jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (wklucia, leki, infuzje, transfuzje krwi, wentylacja mechaniczna) w czasie i po zabiegu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że miałam/em pełną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań, oraz że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi .	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałam/em wystarczającą ilość czasu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Data:	Czytelny podpis:	

UWAGI:

Stwierdzam, że przedstawiłem matce/ojcu/opiekunowi dziecka oraz samemu dziecku planowany sposób wykonania znieczulenia oraz poinformowałem o korzyściach wynikających z tego sposobu. W sposób zrozumiały poinformowałem o możliwych powikłaniach i zagrożeniach, przedstawiłem także alternatywne sposoby znieczulenia

Data:

.....
Podpis lekarza anestezjologa

Ew. uwagi lekarza o rozmowie objaśniającej:

.....

.....

.....

.....

.....

Niniejsza procedura jest własnością Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świdnicy.
Jej kopiowanie lub rozpowszechnianie jest zabronione.