

Data.....

Szanowni Państwo!

Ankietę należy wypełnić przed konsultacją anestezyjologiczną. Informacje uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania, pozwolą lekarzowi anestezyjologowi wybrać najbardziej odpowiedni sposób znieczulenia i zwiększą bezpieczeństwo Państwa dziecka przed, w trakcie i po zabiegu w znieczuleniu ogólnym. Koniecznie prosimy o dostarczenie dokumentacji medycznej (karty wypisowej ze szpitali, konsultacje, wyniki badań itp.) W trakcie konsultacji lekarz zada Państwu dodatkowe pytania i wyjaśni wątpliwości.

.....  
IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

DATA URODZENIA/PESEL

.....  
WAGA

WZROST

TEL.KONTAKTOWY

UWAGA! PROSZĘ O ZAKREŚLANIE WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI   
INFORMACJE PROSZĘ WPISYWAĆ DUŻYMI LITERAMI. DZIĘKUJEMY!

<p>Czy Państwa dziecko prawidłowo się rozwija?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy dziecko było szczepione przeciwko żółtaczce zakaźnej?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy często choruje?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Na jakie choroby?: „przeziębienia”?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Zapalenie migdałków?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Inne?</p> <p>.....</p>	<p>Czy dziecko chorowało na żółtaczkę zakaźną?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Czy u dziecka występowały wysypki, pokrzywka, reakcje uczuleniowe po lekach lub innych substancjach? Jeśli TAK to po jakich?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy u dziecka stwierdzono katar sienny?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli TAK to proszę podać z jakiego powodu?</p> <p>.....</p>	<p>Czy dziecko przyjmuje obecnie leki, witaminy?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli TAK proszę podać jakie?</p> <p>.....</p>
<p>Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich:</p> <p>3 dni Di-per-te, polio, Hemophilus</p> <p>3 tygodnie świnka, różyczka, odra</p> <p>6 tygodni polio (postać doustna)</p> <p>6 tygodni gruźlica</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy dziecko było już kiedyś leczone w szpitalu, operowane?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli TAK to proszę dostarczyć karty informacyjne i/lub napisać kiedy i dlaczego?</p> <p>.....</p>
<p>Czy dziecko było skontaktowane z chorobą zakaźną w ciągu ostatnich: 21 dni – ospa wietrzna, 24 dni – świnka, 12 dni – odra, 21 dni – różyczka, 20 dni koklusz?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy obserwowano podczas znieczuleń (narkozy) jakieś szczególne reakcje? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli TAK to jakie?</p> <p>.....</p>
<p>Czy dziecko było leczone z powodu choroby zakaźnej w ciągu ostatnich 30 dni?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy u bliskich krewnych dziecka miały miejsca powikłania związane ze znieczuleniem (narkozą)?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>

<p>Czy dziecko ma chorobę oczu? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli TAK to jaką?.....</p>	<p>Czy dziecko choruje na cukrzycę? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy dziecko miało przetaczaną krew? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Czy towarzyszyły temu powikłania? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy dziecko ma zaburzenia hormonalne? (np. zaburzenia czynności tarczycy, nadnerczy, przysadki i inne) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy dziecko ma skłonność: do krwawień np. z nosa, po drobnych urazach, zabiegach? Do tworzenia rozległych siniaków? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy u dziecka lub wśród krewnych dziecka stwierdzono lub podejrzewano choroby mięśni? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy dziecko choruje na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy u Państwa dziecka stwierdzono lub podejrzewano chorobę układu nerwowego? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli TAK to jaką?.....</p>
<p>Czy wśród krewnych dziecka choruje ktoś na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy dziecko miało kiedykolwiek uraz głowy? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy u dziecka kiedykolwiek wystąpiły drgawki w czasie gorączki? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy kiedykolwiek wystąpiły drgawki niegorączkowe? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli tak to kiedy ostatnio?.....</p>
<p>Czy dziecko sinieje przy wysiłku? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy dziecko choruje na astmę? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Inne choroby dróg oddechowych np. zapalenie oskrzeli? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy dziecko odczuwa duszność przy wysiłku? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Czy dziecko jest lub było leczone z powodu chorób psychicznych (nerwice, depresja)? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy u dziecka podejrzewano wadę serca, czy dziecko leczone było z powodów chorób serca, czy układu krążenia? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli TAK to jaką?.....</p>	<p>Czy dziecko ma wadę zgryzu, chwiejące się zęby, próchnicę, protezy, apatar ortodontyczny, inne? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Dodatkowe informacje (np. inne schorzenia, które tu nie zostały wymienione):</p>	

### **ZGODA NA ZNIECZULENIE DZIECKA**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że po wypełnieniu powyższego formularza i przeprowadzeniu rozmowy z anesteziologiem dotyczącej postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego, zrozumiałam/em wyjaśnienia i zadałam/em wszystkie interesujące mnie pytania w szczególności dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet, wad oraz możliwości powikłań. Na moje (nasze) pytania uzyskałam/em/liśmy całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienia. Nie mamy żadnych dalszych pytań. Po wnikliwym namyśle wyrażamy zgodę na zastosowanie proponowanego naszemu dziecku sposobu znieczulenia i wykonanie zabiegów związanych ze znieczuleniem wyjaśnionych nam przez lekarza. Zgadzam/y się również na uzasadnione medycznie postępowanie (np. przetoczenie płynów, dodatkowe wklucie dożylnie). Zgodę wyrażam w porozumieniu z drugim prawnym opiekunem dziecka. Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego:

.....  
.....

DATA

PODPIS/Y OPIEKUNA/ÓW

PODPIS LEKARZA

**OŚWIADCZAM ŻE DZIECKO NIC NIE JADŁO I NIE PIŁO OD 6 GODZIN**

.....  
.....

PODPIS/Y OPIEKUNA/ÓW