

KONSULTACJA LEKARSKA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO WYKONANIA ZABIEGU DIAGNOSTYCZNEGO

Data i godzina konsultacji lekarskiej:

Imię i Nazwisko..... PESEL

Rodzaj zabiegu diagnostycznego:

**Kwalifikacja
Pracownia nr 8**

gastroskopia

kolonoskopia

Tryb zabiegu diagnostycznego:

planowy

pilny

W celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w znieczuleniu ogólnym konieczne jest rozpoznanie występujących u Pana/ Pani obciążeń związanych z przeszłością chorobowa i aktualnym stanem zdrowia.

Proszę o wypełnienie ankiety (wypełnić w obecności lekarza anestezjologa) :

Czy choruje Pan/ i obecnie bądź chorował na jedną z wymienionych poniżej chorób? Proszę zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE (w przypadku nieuwzględnienia jakiejś jednostki chorobowej proszę wpisać ją na końcu ankiety)

	TAK	NIE
Choroby serca, np. przebyty zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa		
Zaburzenia rytmu serca, wady serca, zapalenia mięśnia sercowego		
Choroby układu krążenia, np. ciśnienie krwi- wysokie, niskie		
Choroby naczyń, np. żylaki, niedokrwienie kończyn		
Choroby płuc i dróg oddechowych, np. gruźlica, pylica, rozedma, zapalenie płuc, duszność, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli		
Choroby przewodu pokarmowego, np. choroba wrzodowa żołądka		
Choroby wątroby, np. żółtaczka, marskość, kamica pęcherzykowa		
Choroby układu moczowego, np. kamica, zapalenia pęcherza		
Cukrzyca, dna moczanowa, kolagenozy		
Choroby tarczycy		
Zmiany nastroju, np. depresja, nerwice		
Choroby ukł. kostno- stawowego, np. dyskopatia, bóle korzonkowe		
Anemia, skłonność do krwawień samoistnych i do wylewów		
Choroby układu nerwowego, np. padaczka, porażenia, niedowłady		
Uczulenia- alergię, np. katar sienny, wysypka, uczulenie na leki, pokarmy, środki chemiczne, plaster, itp. Jeśli TAK to na jakie, kiedy?		
Jakie były objawy uczulenia?		
Inne schorzenia nie wymienione powyżej:		
Czy był Pan/ i już kiedyś operowany/ znieczulany? Jeśli tak to z jakiego powodu?.....		
Czy były jakieś powikłania?		
Czy miał Pan/ i transfuzję krwi?		
Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu?		
Czy aktualnie zażywa Pan/ i jakieś leki? Jeśli TAK to jakie?		
Czy pali Pan / i papierosy? Jeśli TAK to ile dziennie?.....		
Czy pije Pan/ i alkohol? Jeśli tak to z jaką częstotliwością? (zaznacz właściwe) Nie, Rzadko, Niewiele, Regularnie		
Czy zażywa Pan/ i środki uspokajające, nasenne, narkotyczne?		
Jeśli tak to jakie i jak często?		
Czy jest Pani w ciąży?		

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowania leków. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwościach wystąpienia powikłań. Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia i uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

WYRAŻAM ZGODĘ NA ZNIECZULENIE OGÓLNE DO ZABIEGU ŁĄCZNIE Z POSTĘPOWANIEM PRZYGOTOWAWCZYM

.....
(Data, czytelny podpis pacjenta)

Na podstawie przeprowadzonego badania przedmiotowego i podmiotowego oraz wyników badań, ryzyko znieczulenia oceniam na wg ASA z uwagi na

ZAKWALIFIKOWANO *

NIE ZAKWALIFIKOWANO

do znieczulenia OGÓLNEGO

Uwagi/ zalecenia lekarskie:

.....
Lekarz anestezjolog (podpis, pieczętka)

* dotyczy kwalifikacji lekarza anestezjologa NIE PÓŹNIEJ niż 24 godziny przed zabiegiem diagnostycznym w trybie planowym

**REKONSULTACJA LEKARSKA
W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO WYKONANIA ZABIEGU DIAGNOSTYCZNEGO**

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, iż:

1. Mój stan zdrowia nie uległ zmianie od dnia ostatniej kwalifikacji lekarskiej do zabiegu diagnostycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie.
2. Nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim aktualnym stanie zdrowia.
3. Nic nie jadłem i nie piłem od 6 godzin.
4. Mam zapewniony transport do miejsca zamieszkania z dorosłą osobą towarzyszącą.
5. Zostałem/-am poinformowany/-a i zrozumiałem/-am przekazane informacje o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych do 24h od zabiegu diagnostycznego, przeciwwskazaniach do spożywania alkoholu do 24h po zabiegu.

.....
(Podpis pacjenta)

Wypełnia lekarz anestezjolog

Data i godzina konsultacji lekarskiej: Data i godzina badania diagnostycznego:

ZAKWALIFIKOWANO *

NIE ZAKWALIFIKOWANO

do znieczulenia OGÓLNEGO

Uwagi / zalecenia lekarskie:

.....
Lekarz anestezjolog (podpis, pieczętka)