

**Zgodna na znieczulenie**

Wyrażam zgodę na znieczulenie: ogólne dotchawicze / ogólne dożylnie / analgosedację / podpajęczynówkowe / zewnątrzoponowe / zewnątrzoponowe ciągłe / regionalne do zabiegu ..... jak również na towarzyszące temu postępowanie (przetaczanie płynów, przetoczenie krwi, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

.....  
podpis pacjenta

**Końcowe badanie anestezjologiczne**

Temp:.....C                      RP:...../ ..... mmHg                      AS...../ min

Badanie układu krążenia: .....

Badanie układu oddechowego: .....

Problemy specyficzne: .....

**Kryteria wykluczające z operacji w trybie jednodniowym**

- |  |           |          |                          |                          |
|--|-----------|----------|--------------------------|--------------------------|
| ▶ RR.....  | ▶ AS..... | ▶ T..... |                          |                          |
|  |           |          | <b>tak</b>               | <b>nie</b>               |
| ▶ klasa ASA 3,4,5                                  |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ choroba krwi, skazy krwotoczne                   |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ choroby metaboliczne (cukrzyca)                  |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ aktywne zakażenie (szczególnie dróg oddechowych) |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ niezdiagnozowana lub nie skorygowana wada serca  |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ drgawki w wywiadzie w ostatnich 6 miesiącach     |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ przewidywany czas operacji > 60 minut            |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ hipertermia złośliwa w wywiadzie rodzinnym       |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ zabiegi z otwarciem jam ciała                    |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ zwiększone ryzyko krwawienia pooperacyjnego      |           |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Premedykacja	BP	mmHg	HR	/min	Hb	mg%	Ht	%	Kreat	mg%	K+	mEq/l				
Data	Godzina	Aparat anest.	Intubacja	Wentylacja	Wkłucie	ASA	1	2	3	4	5	E	Tryb	P	O	N
Leki/ Czas												Σ	Czas			
													220			
													210			
													200			
													190			
													180			
													170			
													160			
													150			
													140			
													130			
													120			
													110			
													100			
													90			
													80			
													70			
													60			
													50			
													40			
													30			
													20			
													10			
													0			
Płyny:												SpO <sub>2</sub>				
Uwagi/zalecenia:																

.....  
Podpis anestezjologa