

Ankieta medyczna przed sedacją wziewną podtlenkiem azotu

Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL / Nr dokumentu tożsamości:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Osoba do kontaktu w nagłym wypadku: imię i tel.

Informacje o zabiegu

Data planowanej sedacji:

Rodzaj procedury / zabiegu:

Waga: kg

Wzrost: cm

Wywiad medyczny — choroby i stany przewlekłe

Proszę zaznaczyć TAK / NIE i podać szczegóły jeśli TAK.

Choroby serca (np. zawał, niewydolność, wady, zastawki): TAK / NIE.

Szczegóły:

Nadciśnienie tętnicze: TAK / NIE.

Leki:

Cukrzyca (typ, sposób leczenia): TAK / NIE.

Szczegóły:

Choroby płuc, oddychania (astma, POChP, bezdech senny): TAK / NIE.

Szczegóły:

Przebyte lub planowane operacje, hospitalizacje w ciągu ostatnich 12 miesięcy: TAK / NIE.

Szczegóły:

Choroby nerek lub wątroby: TAK / NIE.

Szczegóły:

Choroby neurologiczne (np. padaczka, omdlenia, stwardnienie rozsiane): TAK / NIE.

Szczegóły:

Zaburzenia psychiatryczne, psychozy lub leczone zaburzenia psychiczne: TAK / NIE.

Leki:

Anemia lub ciężkie zaburzenia metaboliczne: TAK / NIE.

Szczegóły:

Wrodzona wada serca: TAK / NIE.

Szczegóły:

Niedobór wit. B12 lub choroby wpływające na metabolizm B12 (np. anemia złośliwa): TAK / NIE.

Szczegóły:

Leki i używki

Lista aktualnie przyjmowanych leków (nazwa i dawka):

.....
.....
.....
.....

Leki wpływające na OUN (benzodiazepiny, opioidy, leki przeciwdepresyjne itp.): TAK / NIE.

Jakie:

Leki przeciwzakrzepowe / antykoagulanty: TAK / NIE.

Jakie:

Palenie tytoniu / wyroby nikotynowe (ile dziennie): TAK / NIE.

Jakie i ile:

Alkohol (regularne używanie / ostatnie spożycie): TAK / NIE.

Kiedy ostatnio:

Narkotyki (jakie i kiedy ostatnio): TAK / NIE.

Szczegóły:

Uczulenia na leki, lateks, materiały stosowane podczas zabiegu (opisać reakcję): TAK / NIE.

Szczegóły:

Przeciwwskazania do sedacji wziewnej podtlenkiem azotu

Proszę zaznaczyć, czy występuje którykolwiek z poniższych stanów — jeżeli TAK, sedacja może być przeciwwskazana lub wymagać konsultacji specjalistycznej.

Niedrożność dróg oddechowych lub niemożność oddychania przez nos (katar, zapalenie gardła, zapalenie zatok, zapalenie ucha): TAK / NIE.

Przerost migdałków powodujący oddychanie ustami: TAK / NIE.

Ciężkie choroby układu oddechowego z ryzykiem hipowentylacji lub retencji CO₂, w tym ciężkie POChP: TAK / NIE.

Pneumothorax lub obecność przestrzeni gazowej w organizmie: TAK / NIE.

Obecność wewnątrzgałkowej bańki gazowej po operacji okulistycznej: TAK / NIE.

Ostre rozdęcie jelitowe lub niedrożność przewodu pokarmowego: TAK / NIE.

Uczulenie lub reakcja alergiczna uniemożliwiająca bezpieczne użycie maski: TAK / NIE.

Narkomania lub choroba alkoholowa: TAK / NIE.

Psychozy, ciężkie zaburzenia psychiczne lub skłonność do nagłych niekontrolowanych reakcji psychiatrycznych: TAK / NIE.

Wrodzona wada serca: TAK / NIE.

Niedobór witaminy B12 lub choroby szpiku wpływające na metabolizm B12: TAK / NIE.

Ciężka niedokrwistość lub inne ciężkie zaburzenia metaboliczne: TAK / NIE.

Stwardnienie rozsiane, porfiria, miastenia gravis: TAK / NIE.

Ciąża: TAK / NIE.

Objawy w dniu zabiegu (wypełnić w dniu zabiegu – data:):

Katar, zapalenie gardła, bóle zatok, zapalenie ucha, trudności w oddychaniu nosem: TAK / NIE.

Opis i od kiedy:

Kaszel, duszność, gorączka lub objawy infekcji: TAK / NIE.

Opis i od kiedy:

Ból w klatce piersiowej, omdlenia, silne zawroty głowy: TAK / NIE.

Opis:

Spożycie posiłku w ciągu ostatnich 3 godzin (co i kiedy): TAK / NIE.

Szczegóły:

Problemy z refluksiem żołądkowo-przełykowym lub częste wymioty: TAK / NIE.

Szczegóły:

Informacje dla pacjenta i zgoda

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i kompletne: TAK / NIE.

Zostałem/am poinformowany/a o celu, przebiegu i możliwych powikłaniach sedacji wziewnej podtlenkiem azotu oraz o przeciwwskazaniach: TAK / NIE.

Zgadzam się na wykonanie sedacji wziewnej podtlenkiem azotu o ile w dniu zabiegu nie zostaną stwierdzone przeciwwskazania: TAK / NIE.

Oświadczenia i podpisy

Data i miejsce wypełnienia ankiety:

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej wywiad:

Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego: