

KARTA PREMEDIKACYJNA

Nazwisko:

Imię:

Pesel:

Nr hist. choroby :

Rozpoznanie

Planowany zabieg

WYWIAD	TAK	NOTATKI	NIE	Grupa krwi							
Choroba wieńcowa				Wiek	ASA	1	2	3	4	5	E
Przebyty zawał mięśnia sercowego				Wzrost	Waga						
Zaburzenia rytmu przewodzenia				PRZYJMOWANE LEKI / DAWKOWANIE							
Nadciśnienie tętnicze											
Inne choroby układu krążenia											
Zapalenie płuc											
Astma oskrzelowa / POChP											
Inne choroby płuc											
Udar mózgu											
Niedowład lub porażenie											
Inne choroby układu nerwowego											
Niewydolność nerek											
Inne choroby nerek											
Cukrzyca											
Alergia											
Jaskra											
WZW											
Inne choroby wątroby											
Choroba wrzodowa żołądka											
Choroby krwi											
Choroby tarczycy											
Inne zaburzenia hormonalne											
Choroby układu kostnego											
Choroby psychiczne											
Uczulenia na leki				Leki przeciwkrzepliwe:							
Papierosy											
Alkohol											
Ciąża											
Przebyte zabiegi (jakie, kiedy, rodzaj, znieczulenia, powikłania)											
Inne odchylenia od normy											
Kwalifikacja do dalszego leczenia w OINP				☐ TAK	☐ NIE	* LVEF %	* NYHA	* CCS			
BADANIE FIZYKALNE * dotyczy pacjentów Kl. Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej											
TĘTNO				RR							
OCENA UKŁADU KRĄŻENIA				OCENA RYZYKA TRUDNEJ INTUBACJI							
OCENA UKŁADU ODDECHOWEGO											
ZALECENIA ANESTEZJOLOGICZNE (konieczność przepisania do karty zleceń lekarskich)											
DATA	GODZINA	LEK						DROGA PODANIA			
								po	im	iv	
								po	im	iv	
								po	im	iv	
								po	im	iv	
INNE ZALECENIA PRZEDOPERACYJNE						KREW OSOCZE PŁYTKI					

KARTA PREMEDIKACYJNA

Nazwisko:

Pesel:

Imię :

Nr hist. choroby :

**ZGODA PACJENTA/ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA
NA ZNIECZULENIE**

Po rozmowie z lekarzem anestezjologiem i poinformowaniu mnie wyczerpująco o wszystkich sprawach dotyczących znieczulenia **wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne / regionalne **** oraz na wszystkie inne konieczne działania związane ze znieczuleniem i operacją.

Na moje pytania, które miałem(am) możliwość zadawać uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Zgadzam się również na uzasadnione zmiany postępowania anestezjologicznego, w tym zmiany rodzaju znieczulenia.

** niepotrzebne skreślić

.....
Data, czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat

.....
Data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta

.....
Pieczęć i podpis lekarza badającego pacjenta oraz przyjmującego zgodę

**ZGODA PACJENTA/ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA
NA MONITORING WIZYJNY**

Zgoda na monitorowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych za pomocą urządzeń wizyjnych w salach operacyjnych i zabiegowych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz transmisję obrazu z pomieszczenia w czasie rzeczywistym do osób nadzorujących optymalizację procedur medycznych operacyjnych/zabiegowych.

☐
WYRAŻAM ZGODĘ*
☐
NIE WYRAŻAM ZGODY*

Data, czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat

☐
BRAK MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA ZGODY

.....
Data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta

* właściwe zakreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę