

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGA

Imię i nazwisko				Data urodzenia	
Adres		Tel.		PESEL	
Rozpoznanie				Czas zabiegu	Ryzyko wg ASA
				NFZ / komercja	
Masa	BMI	SaO ₂	Tętno	RR	
Data zabiegu				Podpis pielęgniarki	
Wada serca, podać antybiotyk Policytomia Zaburzenia rytmu Nadciśnienie		Deformacja klatki piersiowej Astma oskrzelowa Przerost migdałków, chrapie Częste Infekcje GDO Zapalenie krtani z hospitalizacją		Padaczka, utraty przytomności Wodogłowie, zastawka Zmiany w TC/MRI Choroby mięśni Ryzyko hipertermii złośliwej	
Refluks żołądkowo-przełykowy Otyłość, niedożywienie Choroby wątroby		Choroby nerek Hbs, HCV HIV		Choroby tarczycy Cukrzyca Zaburzenia odporności	
Zaburzenia krzepnięcia Krwawienie przy poprzednim zabiegu NLPZ, heparyna Oznaczyć grupę krwi Czas krwawienia:		Uczulenia: Amoksycylina Środki znieczulenia miejscowego Paracetamol		Leki	
		Dostęp do żyły: łatwy / trudny			
Wcześniejsze znieczulenia/operacje		Trudna intubacja Ograniczenie ruchomości żuchwy Ruszące się zęby Wymioty po znieczuleniu Powikłania w rodzinie		Spokojny Współpracujący Boi się, płacze Agresywny Odmawia przyjęcia premedykacji	
Uwagi					
Data		Pacjent zakwalifikowany do znieczulenia, podpis i pieczęć anestezjologa			
Midazolam	mg	Data		Premedykacja, podpis i pieczęć anestezjologa	
Ketamina	mg	Godzina			
		po / pr			

DYSKWALIFIKACJA PACJENTA

Pacjent nie kwalifikuje się do przeprowadzenia znieczulenia ogólnego w warunkach ambulatoryjnych z powodu:

Proponuję:

Data

Podpis i pieczęć anestezjologa

OBSERWACJE PO ZABIEGU W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

<input type="checkbox"/> Ból <input type="checkbox"/> Wymioty <input type="checkbox"/> Zaburzenia oddychania <input type="checkbox"/> Przedłużone budzenie <input type="checkbox"/> Krwawienie <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Gorączka <input type="checkbox"/>	Uwagi
<p>Zlecenia do wykonania w sali wybudzeń:</p> <input type="checkbox"/> Tlen <input type="checkbox"/> Paracetamol (20-30 mg/kg) mg doodbytniczo o godz. <input type="checkbox"/> Tramadol (1-2 mg/kg) mg dożylnie o godz. <input type="checkbox"/> Metoklopramid (0,1 mg/kg) mg dożylnie o godz. <input type="checkbox"/> Ondansetron (Zofran) (0,1 mg/kg) mg dożylnie o godz. <input type="checkbox"/> Deksametazon mg dożylnie o godz. <input type="checkbox"/> Inhalacja z deksametazonu <input type="checkbox"/> Exacyl (10-20 mg/kg) mg dożylnie o godz. <input type="checkbox"/>	
<p>Zalecenia do wykonania w domu:</p> <input type="checkbox"/> Paracetamol (15 mg/kg) ml 2,4% syropu (1 ml = 24 mg) co 4 godz. Pierwsza dawka o godz. <input type="checkbox"/> Paracetamol (15 mg/kg) mg w tabletkie co 4 godz. Pierwsza dawka o godz. <input type="checkbox"/> Tramadol (1-2 mg/kg; 1 kropla = 2,5 mg) <input type="checkbox"/> Torecan <input type="checkbox"/> Antybiotyki <input type="checkbox"/>	
<p>Pacjent wybudzony, krążeniowo i oddechowo wydolny</p> <p>Może zostać wypisany do domu o godz.</p>	
Data	Podpis i pieczęć anestezjologa

Raport pielęgniarki dyżurnej o stanie pacjenta w domu		Podpis pielęgniarki
<input type="checkbox"/> Ból <input type="checkbox"/> Nudności <input type="checkbox"/> Wymioty <input type="checkbox"/> Krwawienie <input type="checkbox"/>	Poziom zadowolenia skala: 0-10 („0” – bardzo niezadowolony, „10” – bardzo zadowolony):	Uwagi rodziców lub pacjenta