

## ANESTÉZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK

Meno, priezvisko pacienta: ..... Rodné číslo: .....

Meno, priezvisko zákon. zástupcu\*: ..... Číslo poisťovne: .....

Telefón pacienta: ..... E-mail pacienta: .....

Telefón zákonného zástupcu: ..... E-mail zákon. zástupcu: .....

**Pacient: Výška:** ..... **cm** **Váha:** ..... **kg** **BMI (Body Mass Index) – váha (kg)/(výška (m))<sup>2</sup>:** .....

Vážení pacienti/zákonný zástupca, starostlivo si prečítajte znenie otázok a správnu odpoveď označte **x**, prípadne doplňte, či podčiarknite.

Akú operáciu/diagnostický výkon máte podstúpiť? .....

Dátum hospitalizácie: ..... Dátum operácie/diagnostického výkonu: .....

### Prosím odpovedajte pravdivo

- |  | <b>ÁNO</b>               | <b>NIE</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Prekonali ste v posledných 14 dňoch infekčné ochorenie alebo došlo ku zmene zdravotného stavu?<br>Ak ÁNO, aké? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mali ste už niekedy podanú anestéziu (uspávali Vás?, pichali do chrbta?, umŕtvovali končatinu/jej časť?)<br>Ak áno, akú anestéziu ste podstúpili? .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Viete o nejakých komplikáciách v súvislosti s anestéziou (predĺžené zobúdzanie, nevoľnosť, zvracanie, Bolesti hlavy v sede/v stojí a zároveň neprítomné v ľahu)?<br>Ak Áno, aké? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Máte alergiu (na lieky, potraviny, chemikálie, leukoplast, jód, mliečnu bielkovinu, iné)?<br>Ak ÁNO, na čo ste alergický? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absolvovali ste v poslednom období očkovanie?<br>Ak ÁNO, aké? Dátum očkovania? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa alebo ste sa liečili na nejaké ochorenie? Ak NIE prejdite na časť B. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Časť A

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Užívate nejaké lieky (aj antikoncepcia)?<br>Ak áno, aké (dávka + dávkovanie)? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....   |                          |                          |
| .....   |                          |                          |

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Liečite sa na ochorenia srdca? (pre infarkt, bolesť/tlak na hrudníku, chlopňové chyby, porucha rytmu, iné)<br>Máte implantovaný kardiostimulátor (KS)/kardiodefibrilátor(ICD)?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na vysoký tlak krvi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby ciev? (kľúčové žily, pľúcna embólia, ischemia končatiny/bolesti nôh pri chôdzi, iné)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby dýchacích ciest? (astma, chronický zápal priedušiek, časté zápaly pľúc, TBC, iné)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby obličiek? (obličkové kamene, zápaly obličiek, zlyhávanie obličiek, iné)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby očí, uší? (zelený zákal, šedý zákal, slepota, hluchota, iné)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby pečene? (žltáčka, zápal, cirhóza, iné)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby GITu? (žalúdočné vredy, pálenie „žáhy“, zápaly čriev, iné)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby žliaz s vnútorným vylučovaním (cukrovka, poruchy/zápaly podžalúdkovej žľazy, poruchy štítnej žľazy, iné)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby nervového systému? (epilepsia, mozgová porážka v min., zápal mozgových blán, roztrúsená skleróza, myasténia gravis, obrna nervov, znížená citlivosť /sila časti tela alebo končatín, iné) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na duševné choroby? (depresia, úzkosť, schizofrénia, neuróza, iné)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby pohybového aparátu? (zápalové choroby kĺbov a svalov, zmeny chrbtice, iné)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na choroby krvi alebo zrážania? (zvýšená krvácanosť, chudokrvnosť, trombofília, iné)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Máte alergiu? (na lieky, potraviny, chemikálie, leukoplast, jód, mliečnu bielkovinu, iné)<br>Ak áno, akú? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na nejakú tu neuvedenú chorobu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liečite sa na nádorové ochorenie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	ÁNO	NIE
Liečite sa na pohlavne prenosné ochorenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liečite sa inú tu neuvedenú chorobu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Časť B

Nosíte zubné náhrady, zubnú protézu, kývu sa Vám zuby, očnú protézu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijete alkohol pravidelne? (pivo, víno, destiláty) a vo väčšom množstve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fajčíte pravidelne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívate návykové látky? (napr.: drogy a iné)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostali ste niekedy transfúziu krvi, plazmy, krvných doštičiek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ak ÁNO, boli nejaké komplikácie (triaška, vzostup teploty, prudké bolesti v krížoch, tlak na hrudníku dýchavičnosť, nevoľnosť, zvracanie, zosinavenie v tvári, studený pot, krvácavé prejavy, strata vedomia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Môžu Vám byť podané krvné deriváty (napr. patríte k Svedkom Jehovovým, iné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ste tehotná?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Stanovenie funkčnej kapacity srdca

Stanovenie sa považuje za sa najdôležitejší krok pri odhade predoperačného kardiálneho rizika. Funkčná kapacita sa meria v metabolických ekvivalentoch (MET). Jeden MET zodpovedá bazálnej metabolickej spotrebe kyslíka.

**Cítite pri námahe neprimeranú dušnosť alebo nepríjemné pocity za hrudnou kosťou?**

Aké činnosti zvládnete bez problémov:

- nevládnem starostlivosť ani sám o seba
- zvládnem: bežnú činnosť súvisiacu s jedlom, obliekaním, toaletou a chôdzou doma
- zvládnem: pomalú chôdzu vonku (100m rýchlosťou 3-5km/h), ľahkú domácu prácu (vysávanie, umytie riadu)
- zvládnem: vyjsť do schodov aj do kopca (4 MET)
- zvládnem: rýchlu chôdzu, krátky beh (dobežem na MHD)
- zvládnem: ťažkú domácu prácu (sťahovanie nábytku, umytie podlahy)
- zvládnem: rekreačný šport
- zvládnem: namáhavý šport

Staráte sa o seba sami?

V prípade, že NIE, prosím vyplňte s čím potrebujete pomôcť

- |   |                                       |  |   |                                    |
|---|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> s hygienou         | <input type="checkbox"/> s obliekaním | <input type="checkbox"/> s prípravou jedla | <input type="checkbox"/> s chystaním liekov             | <input type="checkbox"/> s nákupom |
| <input type="checkbox"/> s domácimi prácami | <input type="checkbox"/> s dopravou   | <input type="checkbox"/> s platením účtu   | <input type="checkbox"/> so starostlivosťou o domácnosť |                                    |

### REŽIMOVÉ A PREVENTÍVNE OPATRENIA:

#### OBMEDZENIE PRÍJMU JEDLA A PITIA

Dôvodom lačnenia je požiadavka na vyprázdnenie žalúdka pred plánovanou operáciou/výkonom. Pokiaľ toto nedodržíte a žalúdok bude plný, výrazne sa zvyšuje riziko, že ihneď po úvode do celkovej anestézie (kedy sa okrem vedomia stratia aj obranné reflexy a svalové napätie) dôjde k zvracaniu a zatečeniu obsahu žalúdka do pľúc. Žalúdočná kyselina je veľmi agresívna a pľúcne tkanivo závažne poškodí, čo môže vyústiť i v trvalé poškodenie zdravia alebo zapríčiniť smrť. Odporúčané intervaly sú bezpečné a nie je treba tzv. "pre istotu" nejesť a nepiť dlhšie. Niektoré typy chirurgických výkonov môžu vyžadovať vyprázdnenie tráviaceho traktu. Ak Vám bude z tohto dôvodu ošetrojúcim lekárom nariadený prísnejší režim príjmu tuhej stravy, dodržte ho. Režim príjmu tekutín sa v tomto prípade nemení.

#### DETI

##### Tuhá strava:

Ľahko stráviteľné jedlo (toast, suchár, džem, cereálie, nízkotučný jogurt) – interval 6h

Ťažšie stráviteľné jedlo (masťné/vyprážené jedlo, mäso, syr, zmrzlina) – interval 8h

##### Tekutiny:

Číre tekutiny bez bubliniek (voda, čaj (aj sladký bez mlieka), džús bez dužiny (napr. jablkový) - interval 2 hodiny

Materské mlieko- interval 4 hodiny      Umelé mlieko - interval 6 hodín      Mlieko - interval 6 hodín

#### DOSPELÍ

##### Tuhá strava:

Ľahko stráviteľné jedlo (toast, suchár, džem, cereálie, nízkotučný jogurt) – interval 6h

Ťažšie stráviteľné jedlo (masťné/vyprážené jedlo, mäso, syr, zmrzlina) – interval 8h

##### Tekutiny:

Číre tekutiny bez bubliniek (voda, čaj (aj sladký), džús bez dužiny (napr. jablkový) - interval 2 hodiny

Nepite mliečne (nepridávajúce mlieko do čaju ani do kávy) ani alkoholické nápoje.

Pred výkonom nefajčite (ideálne najmenej 4 týždne). Vieme, že je to veľakrát nereálne, tak Vás prosíme nefajčite aspoň v deň výkonu, inak sa pravdepodobnosť komplikácii pri zaistení dýchacích ciest v úvode a ventilácie pľúc v priebehu a na konci anestézie výrazne zvyšuje.

- V prípade zlej kvality chrupu je vhodné navštíviť zubného lekára k ošetrovaniu a doriešeniu pohyblivosti zubov.
- Nechty na rukách a nohách vždy odlakovať.
- Gélové nechty vždy odstrániť aspoň na jednom prste (ideálne ukazovák) oboch rúk a nakrátko zastrihnúť.
- Odstrániť make-up a iné líčidlá (riasenka, rúž).
- Odstrániť všetky šperky (retiazku, náramok, prsteň, náušnice, piercingu /na jazyku a pokožke/ a pod.).
- Odstrániť prípadné snímateľné protézy (zubné, očné).
- Odstrániť sponky a iné ozdoby z vlasov, parochňu.
- Pred výkonom odložiť okuliare, kontaktné šošovky, sluchový aparát, zubnú protézu, snímateľné zubné strojčeky a iné.
- Užite len lieky Vašej chronickej liečby, ktoré Vám po zhodnotení potencionálneho rizika pri anestézii odporučí anesteziológ.

### **POZOR!!!**

Ak ste sledovaní na špecializovanej ambulancii (kardiologická, TARCH, neurologická, endokrinologická...) je nutné si so sebou priniesť poslednú správu z vyšetrenia na tejto ambulancii. U nestabilizovaného pacienta, ak do termínu predoperačného anestéziologického vyšetrenia ubehne od vyšetrenia na špecializovanej ambulancii viac ako 6 mesiacov, je nutné kontrolné vyšetrenie absolvovať znovu.

### **POTVRDENIE PRAVDIVOSTI ÚDAJOV**

#### **Vyjadrenie pacienta:**

Svojím podpisom potvrdzujem, že som pravdivo odpovedal(a) na uvedené otázky, pri poskytnutí údajov som nezatajil(a) žiadne ochorenia alebo iné dôvody, ktoré by mohli byť prekážkou k podaniu anestézie.

Beriem na vedomie všetky riziká, ktoré vyplývajú buď z uvedenia nepravdivých informácií o mojom zdravotnom stave alebo z nedodržania lekárskeho pokynu (napr. vdychnutie zvratkov pri nedodržaní lačnenia).

Prehlasujem, že v prípade výskytu neočakávaných komplikácií vyžadujúcich neodkladné vykonanie ďalších zákrokov nutných k záchrane môjho života alebo zdravia, súhlasím, aby boli vykonané.

#### **Vydrenie osoby udeľujúcej zástupný súhlas\***

Svojím podpisom prehlasujem, že som lekárom nezamlčal(a) žiadne údaje o zdravotnom stave mnou zastupovaného pacienta(ky) mne známe, ktoré by mohli nepriaznivo ovplyvniť jeho/jej liečbu alebo ohroziť jeho/jej okolie (napr. rozšírením prenosnej choroby).

Prehlasujem, že v prípade výskytu neočakávaných komplikácií vyžadujúcich neodkladné vykonanie ďalších zákrokov nutných k záchrane života alebo zdravia zastupovanej osoby, súhlasím, aby boli vykonané.

\*zákonný zástupca/opatrovník osoby nespôsobilý dať informovaný súhlas (maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony) na základe rozhodnutia súdu na základe žiadosti zákonného zástupcu/poručníka/iná fyzická osoba ako rodič, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti/osoba, ktorá má dieťa v náhradnej osobnej starostlivosti/osoba, ktorá má dieťa v pestúnskej starostlivosti/osoba, ktorá má záujem stať sa pestúnom a má dieťa dočasne zverené do starostlivosti/budúci osvojiteľ/osoba, ktorá má dieťa zverené podľa osobitných predpisov/štatutárny zástupcu zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, rozhodnutie súdu o uložení neodkladného opatrenia, rozhodnutie súdu o nariadení výchovného opatrenia alebo rozhodnutie súdu o uložení ochranného výchovy, manžela alebo registrovaného partnera, rodiča, inej blízkej osoby (podľa aktuálne platnej legislatívy SR)

Dátum, čas: .....

.....  
podpis pacienta/zákonného zástupcu/opatrovníka,  
osoby určenej pacientom, manžela alebo registrovaného  
partnera, rodiča, inej blízkej osoby (zástupný súhlas):

#### **Identifikácia osoby udeľujúca zástupný súhlas**

Meno, priezvisko, titul: .....

Dátum narodenia: .....

Vzťah k pacientovi: .....