

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZNIECZULENIE PORODU SIŁAMI NATURY

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA (wypełnia pacjentka)

Imię i Nazwisko Pacjentki (w tym małoletniej powyżej 16 lat)

PESEL:

i/lub Przedstawiciel ustawowy Pacjentki (ojciec, matka, opiekun prawny)

.....
 (Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości, dane kontaktowe, orzeczenie sądu, inne dane)

Wiek.....Waga.....Wzrost.....

Proszę uzupełnić ankietę, odpowiedzieć na pytania i zaznaczyć prawidłową odpowiedź TAK lub NIE

	Czy występują u pani:	TAK	NIE
1.	Czy leczyła się pani ostatnio? Jeśli TAK to na jakie choroby.....	TAK	NIE
2.	Czy przyjmuje pani na stałe jakieś leki? Jeśli TAK to jakie?.....	TAK	NIE
3.	Bóle w klatce piersiowej lub uczucie nierównego bicia serca?	TAK	NIE
4.	Wada serca, choroba wieńcowa lub nadciśnienie tętnicze?	TAK	NIE
5.	Problemy z oddychaniem, dusznością, przewlekły kaszel, chrypka?	TAK	NIE
6.	Choroby płuc np. astma, POCHP?	TAK	NIE
7.	Choroby naczyń np. żylaki, zapalenia żył, zakrzepica żył?	TAK	NIE
8.	Choroby tarczycy np. nadczynność, niedoczynność, choroba Hashimoto, inne/	TAK	NIE
9.	Cukrzyca typu 1 lub 2 lub ciążowa? Jeśli TAK to od kiedy?.....	TAK	NIE
10.	Czy przyjmuje pani insulinę?	TAK	NIE
11.	Choroby nerek np. kamica nerek, zapalenie?	TAK	NIE
12.	Choroby wątroby np. żółtaczka, kamica pęcherzyka żółciowego, marskość?	TAK	NIE
13.	Choroby układu nerwowego np. drgawki, utraty przytomności, migrena?	TAK	NIE
14.	Choroby przewodu pokarmowego np. wrzody żołądka, choroby jelit?	TAK	NIE
15.	Choroby kręgosłupa, układu kostno – stawowego?	TAK	NIE
16.	Niedowład, osłabienie mięśni?	TAK	NIE
17.	Choroby krwi, układu krzepnięcia, skłonność do krwawień czy siniaków, przedłużające się krwawienia np. po usunięciu zębów?	TAK	NIE
18.	Choroby psychiczne, schizofrenia, zaburzenia nastroju, depresja?	TAK	NIE
19.	Czy miała pani wykonywane jakieś zabiegi operacje? Jeśli TAK to w jakim znieczuleniu.....	TAK	NIE

20.	Czy wystąpiły u pani jakieś powikłania związane ze znieczuleniem? Jeśli TAK to jakie?	TAK	NIE
21.	Czy występują jakieś UCZULENIA (alergie) na leki lub pokarmy np. orzeszki ziemne, soja? Jeśli TAK to na jakie leki/ substancje?.....	TAK	NIE
22.	Czy ma pani protezy zębowe, tatuaże na plecach?	TAK	NIE
23.	Czy ma pani obecnie katar, kaszel, gorączkę, objawy infekcji?	TAK	NIE
24.	Czy przyjmuje pani jakieś leki przeciwkrzepliwe (rozrzedzające krew)?	TAK	NIE
25.	Czy ma pani stwierdzoną małopłytkowość (liczba płytek krwi w morfologii poniżej 100 tys.)?	TAK	NIE
26.	Czy ma pani inne, niewymienione wyżej choroby, dolegliwości. Jeśli TAK to jakie?.....	TAK	NIE
27.	Używki: Papierosy TAK/ NIE Alkohol TAK/NIE narkotyki TAK/NIE		

Powyższe pytania zrozumiałam i oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....
 data i godzina, czytelny podpis Pacjentki/
 i/lub Przedstawiciela ustawowego

INFORMACJA O WYKONANIU ZNIECZULENIA (ANALGEZJI) W TRAKCIE PORODU SIŁAMI NATURY

z wykorzystaniem technik znieczulenia przewodowego czyli zewnątrzoponowego (ZO), podpajęczynówkowego (PP)
lub łączonego znieczulenia podpajęczynówkowo- zewnątrzoponowego (CSE)
(wypełnia pacjentka)

Imię i Nazwisko Pacjentki (w tym małoletniej powyżej 16 lat)

PESEL:

i/lub Przedstawiciel ustawowy Pacjentki (ojciec, matka, opiekun prawny)

.....
(Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości, dane kontaktowe, orzeczenie sądu, inne dane)

Znieczulenie przewodowe, które proponujemy, wymaga wyrażenia przez Panią pisemnej, świadomej zgody. Aby tą decyzję ułatwić informujemy o celu wykonania znieczulenia, proponowanych i możliwych technik jego wykonania, wskazaniach i przeciwwskazaniach, sposobie postępowania oraz możliwych powikłaniach, a także rokowaniach. Przeprowadzimy również z Panią bezpośrednią rozmowę w celu wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości jakie mogą się Pani nasunąć oraz udzielenia dalszych niezbędnych informacji odnośnie proponowanego znieczulenia.

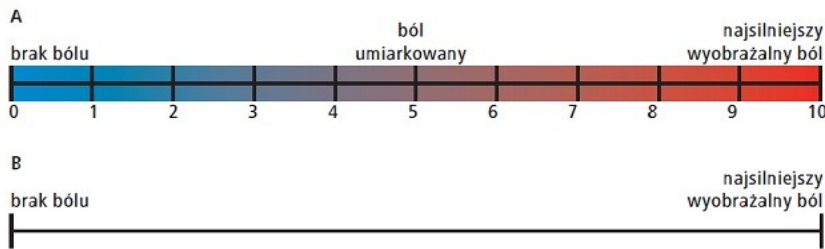
Znieczulenie zostanie wykonane po przeprowadzeniu przez lekarza anestezjologa wymaganego badania oraz kwalifikacji anestezjologicznej i udzieleniu przez Panią pisemnej zgody. Prosimy by w czasie wywiadu przed zabiegiem udzieliła Pani niezbędnych informacji o ewentualnych przebytych reakcjach alergicznych na środki znieczulające, zażywanych lekach, przebytych chorobach.

Znieczulenie przewodowe jest wspólnym określeniem dla trzech wyżej wymienionych rodzajów znieczuleń, które stanowią najskuteczniejsze metody łagodzenia bólu porodowego. Znieczulenie odbywa się po ostatecznej ocenie przez lekarza anestezjologa, do przeciwwskazań należą:

- brak zgody pacjentki na procedurę,
- brak współpracy ze strony pacjentki,
- zaburzenia krzepnięcia krwi lub małopłytkowość, leczenie lekami przeciwkrzepliwymi/ rozrzedzającymi krew (np. zastrzyki przeciwzakrzepowe),
- zakażenie skóry w miejscu wkłucia, tatuaże w miejscu wkłucia,
- patologie części lędźwiowej kręgosłupa,
- uczulenie na leki znieczulenia miejscowego,
- niektóre choroby ośrodkowego układu nerwowego (np. choroby rozrostowe, infekcyjne),
- niektóre choroby serca i układu krążenia (np. ciężka stenoza aortalna i mitralna, nadciśnienie płucne, kardiomiopatia przerostowa i inne),
- inne przeciwwskazania medyczne (decyduje lekarz anestezjolog).

Głównym celem znieczulenia przewodowego jest zmniejszenie bólu porodowego do poziomu akceptowalnego przez pacjentkę, z zachowaniem fizjologicznych odruchów i doznań czuciowych warunkujących prawidłowy przebieg i dokończenie porodu drogami natury. Dolegliwości bólowe w dużym stopniu zależą od indywidualnych uwarunkowań.

Do określenia natężenia bólu będą wykorzystywane proste skale takie jak np. skala numeryczna gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 najsilniejszy ból możliwy do wyobrażenia.



Znieczulenie przewodowe, które wykonane zostanie przez lekarza anestezjologa, polega na podaniu leków znieczulających za pomocą igły i cewnika do przestrzeni zewnątrzoponowej kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (ZZO) lub do przestrzeni podpajęczynówkowej kanału kręgowego (PP) na wysokości kręgów lędźwiowych lub jako połączenie obu tych metod (CSE). Podczas każdego z tych znieczuleń ważne jest utrzymanie ciała w nieruchomej pozycji i pełne stosowanie się do poleceń anestezjologa. Sama procedura jest praktycznie niebolesna, ponieważ znieczula się skórę miejscowo. Po wykonaniu znieczulenia przewodowego konieczne jest stałe monitorowanie pacjentki, które nakłada obowiązek współpracy i poddawanie się badaniu przez personel medyczny bez protestu i na każde wezwanie.

Możliwe powikłania i działania niepożądane znieczulenia przewodowego porodu:

- niepowodzenie znieczulenia w postaci braku lub niepełnej analgezji lub anatomicznych przeszkód w założeniu cewnika zewnątrzoponowego, jednostronne znieczulenie – około 14%
- nieznaczne zwiększenie prawdopodobieństwa przyrządowego zakończenia porodu (kleszcze, próżnościąg)
- nakłucie opony twardej oraz towarzyszące temu popunkcyjne bóle głowy wymagające dłuższego unieruchomienia, nudności i wymioty – 1 na 100 kobiet
- obniżenie ciśnienia tętniczego krwi wymagające leczenia farmakologicznego – około 10 %
- świąd skóry – około 29%
- przedłużenie drugiej fazy porodu z koniecznością farmakologicznego wspomaganie skurczy macicy
- bóle kręgosłupa i pleców (jednakże są bardzo powszechnym zjawiskiem po każdym porodzie, bez względu na to czy jest wykonane znieczulenie czy też nie)
- zaburzenia rytmu i poważne zwolnienia akcji serca płodu wymuszające instrumentalne zakończenie porodu lub natychmiastowe cięcie cesarskie – około 5,5%
- zakażenie i ropienie przestrzeni zewnątrzoponowej – 3/100 000 przypadków
- zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych – 1/ 100 000 przypadków
- uszkodzenie naczynia żylnego, krwiak zewnątrzoponowy, ryzyko niedowładu kończyn dolnych – 1/ 168 000 przypadków
- krótkotrwałe zaburzenia świadomości – 2/ 100 000 przypadków
- uszkodzenie nerwu, zaburzenia czucia i/lub osłabienie siły mięśniowej w obrębie nogi lub stopy: czasowe-1/1000 kobiet; stałe 1/ 13000 kobiet
- nagła reakcja alergiczna lub toksyczna na podany lek – niezwykle rzadko
- uszkodzenie igły lub cewnika wymagające postępowania chirurgicznego – niezwykle rzadko

Działanie środków znieczulenia miejscowego na płód

Stosowanie do analgezji porodu niskich stężeń i małych dawek leków znieczulenia miejscowego zasadniczo nie wpływa na noworodka.

OŚWIADCZENIE PACJENTKI i/lub PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Ja (Pacjentka) działając w imieniu własnym

i/lub działając w imieniu Pacjentki jako jej przedstawiciel ustawowy (matka, ojciec, opiekun prawny)

oświadczam/y, że w pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu, rozumiem, że zostanie przeprowadzona rozmowa wyjaśniająca z lekarzem na temat proponowanego znieczulenia przewodowego do porodu siłami natury, dających się przewidzieć następstw znieczulenia i jego zaniechania, przewidywalnych wyników.

Rozumiem że zastosowane znieczulenie może nie odnieść oczekiwanego przeze mnie efektu.

Rozumiem, iż po zastosowaniu techniki znieczulenia przewodowego mój stan będzie wymagał stałego monitorowania.

Jestem świadoma możliwych negatywnych konsekwencji podania niepełnej lub nieprawdziwej informacji w wypełnionej przeze mnie ankiecie.

.....
data, godzina, czytelny podpis Pacjentki

.....
i/lub data, czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego

WSTĘPNA KWALIFIKACJA GINEKOLOGICZNA:

.....

(podpis i pieczętka kwalifikującego Ginekologa/Położnika)

BADANIE I KWALIFIKACJA ANESTEZJOLOGICZNA

(wypełnia Anestezjolog)

Imię i Nazwisko.....PESEL.....

Ciąża.....Poród.....Tydzień ciąży.....Wzrost.....Waga.....

Powikłania związane ze znieczuleniami w przeszłości: TAK/ NIE, jeśli TAK to jakie.....

Uczulenia na leki: TAK/ NIE, jeśli TAK to jakie.....

Stan świadomości: przytomna/ w ograniczonym kontakcie

Układ oddechowy: osłuchowo.....Saturacja obwodowa:.....%

Układ krążenia: Ciśnienie tętnicze:.....mmHg Tętno...../min Tętno serca.....

INNE:.....

Badania laboratoryjne z dniaINR.....APTT.....PLT.....

Inne badania/ odchylenia:.....

Data i godzina ostatniej dawki leku przeciwzakrzepowego (jeśli podano).....

Ostatni posiłek pacjentka spożyła o godz.:.....

Pacjentka zakwalifikowana/niekwalifikowana do znieczulenia przewodowego

(zewnątrazonowego/ podpajęczynówkowego/ CSE) do porodu siłami natury ASA.....

Jeśli niekwalifikowana, to powód dyskwalifikacji.....

.....

godzina, data, podpis i pieczętka Anestezjologa

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTKI NA ZNIECZULENIE
OŚWIADCZENIE PACJENTKI /PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

1. Ja działając w imieniu własnym
i/lub działając w imieniu Pacjentki jako *jej
przedstawiciel ustawowy /matka, ojciec, opiekun prawny/* oświadczam/y, że w pełni zrozumiałam/em informacje
zawarte w tym formularzu oraz informacje przekazane mi przez lekarza
który przeprowadził ze mną w dniu rozmowę wyjaśniającą.

Informacje zostały przekazane mi przez lekarza specjalistę podczas bezpośredniej rozmowy. Zapewniono mi
nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie zadane pytania udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień
w sposób satysfakcjonujący i wyczerpujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej
z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji. Znane mi są możliwe powikłania związane z
zabiegiem. Jestem świadoma możliwych negatywnych konsekwencji podania niepełnej lub nieprawidłowej informacji
w wypełnionej przeze mnie ankiecie.

.....
*data, czytelny podpis Pacjentki
i/lub Przedstawiciela ustawowego*

2. Wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na przeprowadzenie u mnie znieczulenia przewodowego
(zewnątrzoponowego/podpajęczynówkowego/łączonego znieczulenia podpajęczynówkowo- zewnątrzoponowego) do
porodu siłami natury oraz towarzyszące mu postępowanie (wkłucie, leki, infuzje, transfuzje krwi) przed w czasie i po
znieczuleniu. W uzasadnionych przypadkach zgadzam się na zmianę lub rozszerzenie postępowania
anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia. W przypadku zakończenia porodu przez cięcie cesarskie
wyrażam zgodę na dodatkowe znieczulenie przewodowe lub znieczulenie ogólne złożone.

.....
*data, czytelny podpis Pacjentki
i/lub Przedstawiciela ustawowego*

.....
godzina, data, podpis i pieczęć Anestezjologa

**4. Jako przedstawiciel ustawowy /matka, ojciec, opiekun prawny/* małoletniej pacjentki oświadczam, że
posiadam/my pełnię praw rodzicielskich, a powyższa decyzja o wyrażeniu/niewyrażeniu zgody na przeprowadzenie
u niej znieczulenia przewodowego wyraża nasze wspólne stanowisko.**

.....
godzina, data, czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego