

за Хирургия

Допълнителен лист към ИЗ №

ДОКУМЕНТ №2

ЛИСТ ЗА ПРЕДОПЕРАТИВНА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ И ПРЕЦЕНКА

Име.....

год..... ръст..... тегло..... Кр. група.....

ЕГН							
-----	--	--	--	--	--	--	--

И.З.№.....

Отделение..... Стая.....

Лекуващ лекар (оператор).....

Диагноза.....

I. Въпросник за пациента:

Опериран(а) ли сте досега?

Кога	Къде	Операция	Вид упойка (местна, обща)

ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА

ДА НЕ

1. Имати ли сте проблеми с анестетиците (упойката)?

2. Лекувани ли сте някога в реанимация (интензивно отделение)?

3. Имате ли придружаващи заболявания?

4. Алергия - към храни, прах, полени, лекарства:

(като се посочват по възможност точно)

5. Прием на лекарства в момента - какви?

6. Прием на лекарства в миналото - какви?

7. Привикнали ли сте към:

Алкохол

Тютюнопушене .....

Наркотики

8. Страдате ли от заболявания на ПНС?

Прекара ли сте инсулт?

Имате ли парези?

Имати ли сте търпим на главата?

9. Страдате ли от заболявания на периферната нервна система?

Имате ли миастения гравис?

Имати ли сте гърло ве и с какво сте се лекувал?

10. Боледувате ли от психични заболявания?

11. Имате ли заболявания на дихателната система?

Повишена температура през последните две седмици

Хрема, болки в гърло ото, кашлица

Имате ли задух?

Имате ли хроничен фарингит или ларингит, промяна в гласа

Имате ли бронхиал на астма

Имате ли бронхит и ли пневмония

Прекарали ли сте туберкулоза или друго белодробно заболяване?

12. Имате ли заболявания на сърдечно - съдовата система?

Високо артериално налягане и с какво го лекувате?

Прекарали ли сте инфаркти кога?

Имате ли ритъмни нарушения и с какво ги лекувате?

Имате ли сърден стимулатор (пейсмейкър)?

## ДОКУМЕНТ №2

ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "Х" ОТГОВОРА	ДА	НЕ
<b>Опаква ли сте се от стягащи болки в сърцето?</b>		
13. Имате ли заболяване на черния дроб?		
Пожълтявали ли сте някога?		
Прекарали ли сте вирусен хепатит?		
Имате ли цироза?		
14. Имате ли бъбречно заболяване?		
15. Имате ли заболяване на опорно - двигателния апарат?		
16. Боледувате ли от диабет (Захарна болест)?		
17. Имате ли анемия или друго кръвно заболяване?		
18. Боледувате ли от глаукома, имате ли проблеми със зрението?		
19. Боледува ли ли сте от инфекциозни заболявания?		
20. Боледува ли ли сте от венерическо заболяване?		
21. Боледувате ли от СПИН?		
22. Боледувате ли от язва?		
23. Кървите ли продължително при нараняване?		
24. Извършвано ли Ви е кръвопреливане, имало ли е усложнения?		
25. Имате ли подвижни (клатещи се) зъбни протези, имате ли клатещи се зъби?		
26. Имате ли рязка промяна в телесното тегло?		
27. Опаквате ли се от склонност към гадене и повръщане?		
28. Ако сте жена, бременна ли сте (кърмите ли)?		
29. Ако сте жена, ползвате ли противозачатъчни средства?		

**II. Физикален преглед:**

Артериално налягане: ..... Пулс: ..... Дихателна честота: ..... Темп.: .....

Сърце: ..... Бели дробове (дишане): .....

Дихателни пътища: .....

Крайници: .....

Други: .....

**III. Лаборатория:** Hgb ..... Htc ..... Кр. Захар .....

Кр.урея ..... Креатинин ..... Общ белтък .....

Електролити: Na ..... K ..... Ca ..... Cl .....

ЕКГ .....

Ро-графии .....

Други .....

Аnestезиологичен риск - ASA клас: .....(в точки)

ASA I: (0-1) - пациенти в добро здраве. Включва най - лекия контингент болни, без доказани органични съпътстващи заболявания.

ASA II: (2-3) - пациент със системно заболяване в лека до средна форма. Органични заболявания, невлияещи върху основните функции.

ASA III: (4-7) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, ограничаващо неговата активност, но без да го инвалидизира. Клинично значими заболявания.

ASA IV: (8-15) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, водещо до инвалидност и/или заплашващо живота му - категория с живото-застрашаващи придвижаващи страдания.

ASA V: (&gt;16) - "Морибунден пациент" при който очакваната продължителност на живота е до 24 часа със или без операция.

"E" - Ако се налага оперативна интервенция по спешност, към съответния клас се прибавя "E" (Emergency).

Документът е създаден на **10** април 2018 г.

**ДОКУМЕНТ  
№2**

Доклад от клиничен преглед и подготовка за анестезия:

Анестезиолог:

(подпись)

•

## **ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА:**

Декларирам, че съм съгласен/а да бъда опериран/а с регионална или обща анестезия, като ми бяха обяснени всички рискове на анестезията:

Име.....

Подпись .....

**"Интензивно лечение"** регламентиран със заповед на Министъра на Здравеопазването №РД 09-511 от 19.07.2001 г и съобразно специфичните нуждите и особености на лечебното заведение.