



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F19

**ANKIETA PACJENTKI CIĘŻARNEJ PRZED KWALIFIKACJĄ DO REGIONALNEJ ANALGEZJI
PORODU**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Wypełnia pacjenta:

Data:	Data urodzenia:	Wiek:	Wzrost	cm	Masa ciała	kg
Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania ("x" przy właściwej odpowiedzi)			TAK	NIE	NIE WIEM	
Czy leczyła się Pani z jakiegoś powodu u kardiologa?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy leczyła się Pani z jakiegoś powodu u neurologa?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy miała Pani ciężki uraz głowy?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy miała Pani ciężki uraz kręgosłupa/ zabieg operacyjny?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy chorowała Pani na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy kiedykolwiek miała Pani jakieś problemy z zgrubieniem krwi?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy w ostatnim tygodniu przyjmowała Pani: zastrzyki z heparyny, kwas acetylosalicylowy lub inne leki rozrzedzające krew?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy ma Pani dyskopatię lub zwyrodnienie kręgosłupa?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy miesiączki przed ciążą były obfite ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne problemy zdrowotne:						

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

INFORMACJA DLA PACJENTKI I ŚWIADOMA ZGODA NA REGIONALNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

Ból porodowy jest zjawiskiem fizjologicznym, o złożonym mechanizmie, a każda z rodzących kobiet reaguje na ten stan odmiennie, nie tylko w sferze somatycznej, ale i psychoemocjonalnej. Jedną z metod łagodzenia bólu porodowego są procedury anestezyjologiczne związane ze znieczuleniem regionalnym: znieczulenie zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe oraz połączenie znieczulenia zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego.

Analgezia regionalna porodu może być rozpoczęta w aktywnej fazie pierwszego okresu porodu.

Blokada centralna to rodzaj znieczulenia regionalnego, które polega na podaniu do przestrzeni kanału kręgowego środka miejscowo znieczulającego z ewentualnym dodatkiem innych leków w pobliżu nerwów przewodzących ból. Leki łagodzące ból mogą być podawane w pojedynczych dawkach lub we wlewie ciągłym. Zablokowanie segmentów rdzeniowych powoduje **złagodzenie** bólu porodowego i bólu spowodowanego rozwieraniem szyjki macicy do poziomu akceptowalnego przez rodzącą. Pozostałe doznania czuciowe w zamierzeniu pozostają niezmienione, co pozwoli na współpracę w trakcie porodu z zespołem na sali porodowej i parcie w celu odbycia porodu drogami natury.

Rozumiem, iż po zastosowaniu techniki znieczulenia regionalnego mój stan wymagał będzie monitorowania. Przyjmuję do wiadomości, że jest to **metoda inwazyjna**, która wiąże się z koniecznością monitorowania akcji serca płodu (KTG), oraz niosąca ze sobą ryzyko **wyłużenia porodu**. **Rozumiem, że zastosowane metody analgezji regionalnej mogą nie odnieść oczekiwanego efektu. Proszę o wykonanie regionalnej analgezji porodu.**

POWIKŁANIA I NIEZAMIERZONE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE REGIONALNYCH METOD ANALGEZJI PORODU WYSTĘPUJĄ RZADKO.

Zostałam poinformowana o najczęstszych możliwych powikłaniach:

- Obniżenie ciśnienia tętniczego (1:50)
- Niepełna analgezia (1:8)
- Jednostronne znieczulenie (1:8)
- Niezamierzone nakłucie opony twardej (1:100)
- Popunkcyjne bóle głowy (1:500)
- Nudności, wymioty (1:50)
- Świąd skóry (1:50)
- Bóle kręgosłupa - (są bardzo powszechnym zjawiskiem po porodzie ,bez względu na to czy jest wykonane znieczulenie, czy też nie)
- Uszkodzenie naczynia krwionośnego (1:70)
- Krwiak zewnątrzoponowy - ryzyko niedowładu kończyn dolnych (1:250000)
- Zakażenie w miejscu wkłucia (1:50)
- Ropień i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (1:100)
- Donaczyniowe podanie leku (1:100)
- Uszkodzenie nerwów (1:100)
- Przejściowe zaburzenia czucia (1:1000)

Zostałam poinformowana o możliwych poważniejszych, ale bardzo rzadkich i trudnych do przewidzenia komplikacjach:

- Uszkodzenie igły lub cewnika Całkowite znieczulenie rdzeniowe
- Wystąpienie nagłej reakcji alergicznej
- Nagłe zatrzymanie krążenia
- Stan zagrożenia płodu jako rezultat powyższych komplikacji.

Rozumiem, że w przypadku niepowodzenia zastosowanego leczenia, jak również w przypadku wystąpienia zagrożenia życia mojego lub życia dziecka, konieczne może być zabiegowe ukończenie porodu poprzez zastosowanie próżnościągu położniczego, kleszczy porodowych lub drogą cięcia cesarskiego.

ŚWIADOMA ZGODA NA DODATKOWE POSTĘPOWANIE ANESTEZJOLOGICZNE

Wyrażam zgodę na niezbędne czynności medyczne towarzyszące procedurze analgezji regionalnej porodu (kaniulacja naczynia żylnego, podaż płynów, podaż niezbędnych leków) oraz konwersję zastosowanej analgezji regionalnej porodu do innych metod znieczulenia przewodowego jak i znieczulenia ogólnego.

W sytuacji wystąpienia bezpośredniego stanu zagrożenia mojego życia wyrażam zgodę na niezbędne czynności medyczne takie jak:

Opracowano na podstawie formularza zgody TCHP autorstwa Zespołu prof. M.Krawczyka w modyfikacji własnej dr J.Szopińskiego na potrzeby Oddziału Chirurgii i Żywienia Klinicznego Szpitala Kliczkiego im.dr.E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej - SPZOZ

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

- Przetaczanie preparatów krwi
- Kaniulacja tętnicy
- Kaniulacja naczynia centralnego
- Intubacja dotchawicza lub zastosowanie innych alternatywnych metod udrażniania dróg oddechowych
- Cewnikowanie pęcherza moczowego
- Założenie sondy do żołądka
- Działania reanimacyjno-resuscytacyjne
- Transport do innej placówki medycznej
- Hospitalizację i leczenie w Oddziale Anestezjologii Intensywnej Terapii

Nie wyrażam zgody na następujące czynności medyczne:

--

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanego postępowania

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie proponowanego postępowania

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwie

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

BADANIE I KWALIFIKACJA LEKARZA ANESTEZJOLOGA

Poziom fibrynogenu		(mg/dL)
Poziom PLT		x 10 ⁹
APTT		(sek)

Na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego, pacjentka zakwalifikowana do regionalnej analgezji porodu:

ZOP <input type="checkbox"/>	PP <input type="checkbox"/>	CSE <input type="checkbox"/>	CSA <input type="checkbox"/>
ASA	I. <input type="checkbox"/>	II. <input type="checkbox"/>	III. <input type="checkbox"/>
	IV. <input type="checkbox"/>	V. <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<i>Pacjentka <u>niezakwalifikowana</u>, z powodu:</i>			

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>