

Aneszteziológiai kérdőív és beleegyező nyilatkozat

Kedves Szülők! Kedves Betegeink!

Kérjük, hogy olvassák el a mellékelt tájékoztatót, töltsék ki a hiányzó adatokat (nagykorú beteg esetén a saját nevükben), és feleljenek az alábbi kérdésekre a megfelelő válaszok bekarikázásával, illetve néhány szóval írásban! Az altatást/érzéstelenítést illető kérdéseikkel forduljanak bizalommal a gyermeküket/Önöket megvizsgáló altatóorvoshoz.

A gyermek neve:	Testsúlya:	Testmagassága:	
Szül. idő:	TAJ szám:	Szül. súlya:	Hányadik hétre született?
Gyermekük érzékeny/allergiás-e valamilyen gyógyszerre?			igen nem
Ha igen, mire?			
Gyermekük érzékeny/allergiás-e valamilyen ételre, vegyszerre, pollenre, gombára, atkára, stb.?			igen nem
Ha igen, mire?			
Feküdt-e már gyermekük kórházban?			igen nem
Ha igen, mikor és miért?			
Gondozzák/ellenőrzik-e gyermeküket valahol tartósan fennálló betegség miatt?			igen nem
Ha igen, milyen betegség miatt?			
Sorolják fel gyermeke állandóan szedett gyógyszereit!			igen nem
Voltak-e az újszülöttkorban problémák (koraszülés, lélegeztetés, agyvérzés, stb.)? Ha igen, mik voltak azok?			igen nem
Volt-e gyermekük beteg az elmúlt két hétben?			igen nem
Ha igen, mi volt a baja?			
Kapott-e gyermekük védőoltást az elmúlt egy hétben? Mit és mikor?			igen nem
Találkozott-e gyermekük lázas, koronavírus-fertőzött, kiütéses, hasmenéses gyermekkel?			igen nem
Ha igen, mikor és milyen beteggel?			
Szokott-e gyermekük dohányozni?			igen nem
Milyen mértékben?			
Használ-e egyéb élvezeti szereket (alkohol, drog), és milyen mennyiségben?			igen nem
Volt-e már gyermekük altatva?			igen nem
Ha igen, mikor és miért?			
Történt-e bármi rendellenes a gyermekkel műtét vagy altatás során?			igen nem
Ha igen, mi volt az?			
Előfordult-e hányás az altatás után gyermeküknél vagy családtagnál?			igen nem
Természetes alvás közben előfordul-e hangos horkolás, esetleg hosszabb légzéskimaradás?			igen nem

Történt-e bármi rendellenes a családban bárkivel műtét vagy altatás során? igen nem
Ha igen, mi és kivel?

Kapott-e már gyermekük vért vagy vérkészítményt? igen nem
Ha igen, mikor?

Volt-e bármilyen rendellenesség vagy szövődmény? igen nem
Ha igen, mi volt az?

Leánygyermeküknél jelentkezett-e már havi vérzés? igen nem
Ha igen, mikor várható legközelebb?

Kisebb sérüléskor, foghúzáskor időben eláll-e a vérzés gyermeküknél/a közeli családtagoknál? igen nem
Jelentkezett-e külső behatás nélkül vérzés/vérömleny gyermeküknél/a közeli családtagoknál? igen nem

Volt-e a családban bárkinek fiatal korban megjelenő (esetleg ismétlődő) véralvadási zavara (vérzékenység vagy vérrögösödés, trombózis)? igen nem

Volt-e a családban bárkinek izombetegsége (izomsorvadás, bénulás, stb.)? igen nem
Ha igen, kinek és milyen?

Lelkileg mennyire érzékeny gyermekük?
Volt-e már tartósan távol a szüleitől?
Általában hogyan tűri a fájdalmat?
Mire számítanak, hogyan fogja bírni a kórházi tartózkodást?

Van-e más fontos közlendőjük gyermekükkel kapcsolatban (fogszabályozó, mozgó fog, stb.)?

Fennáll-e jelenleg, vagy fennállt-e korábban gyermeküknél bármelyik az alább felsorolt betegségek közül?
Ha igen, karikázzák be!

Izombetegség, izomgyengeség, szívfejlődési rendellenesség, szívzörej, rendetlen szív működés, más szívbetegség, trombózis, vérzékenység, magas vérnyomás, szívdégybetegség, ájulás, fulladás, asztma, tbc, tüdőgyulladás, sárgaság, májgyulladás, egyéb májbetegség, vesegyulladás, vesekő, egyéb vesebetegség, pajzsmirigybetegség, cukorbetegség, köszvény, lázgörcs, epilepszia, bénulás, depresszió, szorongás, hallucináció, autizmus, zöldhályog, egyéb szembetegség. Részletesen:

Szülői hozzájárulás a műtéti érzéstelenítéshez

Dr. altatóorvos megbeszélte velem a gyermekemen/rajtam végzendő beavatkozáshoz szükséges altatási/érezéstelenítési eljárást, a lehetséges szövődményeket. Az altatással/érezéstelenítéssel kapcsolatos felvilágosító tájékoztatót írásban megkaptam. Lehetőségem volt arra, hogy elolvassam, kérdéseimre az altatóorvostól választ kaptam.

Hozzájárulok, hogy gyermekemen/rajtam a tervezett beavatkozást az altatóorvos szerint megfelelő altatási/érezéstelenítési eljárás segítségével végezzék el.

Budapest, 20.....

.....
altatást/érezéstelenítést végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
szülő (törvényes képviselő) / 18 év feletti beteg

.....
16 év feletti saját beleegyezése

A szülő (törvényes képviselő) hozzájárulásának elnyerése miatti késelem a beteg életét, egészségét veszélyeztetné. A beavatkozást az érzéstelenítés beleegyezésének hiányában is szükséges elvégezni.

Budapest, 20.....

.....
a beavatkozást végző orvos aláírása, pecsétje