

Pieczęć	KARTA ZNIECZULENIA		Data	Nr historii choroby	Oddział
	Nazwisko		Imię		Wiek / data urodzenia
Rozpoznanie wstępne / śródoperacyjne					GRUPA KRWI
Planowany zabieg operacyjny					ASA
TRYB ZABIEGU: <input type="checkbox"/> Planowy <input type="checkbox"/> Pilny <input type="checkbox"/> Natychmiastowy					<input type="checkbox"/> Dyżurowy
WYWIAD / STAN CHOROGE / CHOROBY PRZEWLEKŁE				WAGA	WZROST
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> Udar mózgu – rok <input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa <input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Choroby wątroby <input type="checkbox"/> Zawał serca - rok <input type="checkbox"/> Astma / POChP <input type="checkbox"/> Choroby tarczycy: <input type="checkbox"/> Wada serca <input type="checkbox"/> Niewydolność nerek nadczynność / niedoczynność <input type="checkbox"/> Niewydolność serca NYHA <input type="checkbox"/> Cukrzyca: <input type="checkbox"/> Alergie <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków <input type="checkbox"/> insulinozależna / insulinoniezależna <input type="checkbox"/> Inne					
Przebyte operacje:				Znieczulenia: ogólne przewodowe	
WYNIKI BADAŃ:				RR/..... mm Hg	HR/min SaO2%
Hb/Hct:		APTT:	RTG / TK klatki piersiowej		EKG
K+:		Płytki:	<input type="checkbox"/> Bez odchylen		<input type="checkbox"/> Bez odchylen
Na+:		INR:	<input type="checkbox"/> Odchylenia -		<input type="checkbox"/> Odchylenia -
Kreatynina:		Glukoza:			
PREMEDYKACJA:					
UWAGA: <input type="checkbox"/> Trudne drogi oddechowe <input type="checkbox"/> Pełny żołądek					

TYP ZNIECZULENIA			Dostęp dożylny	
OGÓLNE		PRZEWODOWE	N. OBWODOWE	
<input type="checkbox"/> Dotchawicze	<input type="checkbox"/> Dożylny	<input type="checkbox"/> Podpajęczynówkowe	<input type="checkbox"/> Splot barkowy	Dłoń L / P
INTUBACJA		<input type="checkbox"/> Zewnątrzoponowe	<input type="checkbox"/> Odcinkowe dożylny	Przedramię L / P
<input type="checkbox"/> Ustno – tchawicza	<input type="checkbox"/> Zbrojona	Typ igły	<input type="checkbox"/> Inne	Dół łokciowy L / P
<input type="checkbox"/> Nosowo – tchawicza	<input type="checkbox"/> Bez mankietu uszczeln.	Poziom		K. dolna L / P
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Rozmiar	Zakres znieczulenia		VCS
<input type="checkbox"/> Maski krtaniowa	<input type="checkbox"/> Szmer symetryczny			Inne
Nr Sali:	Aparat do znieczulenia:			Tętno

PRZEBIEG ZNIECZULENIA												
CZAS ZABIEGU												
DES / SEVO												
AIR / N ₂ O												
O ₂												
EtCO ₂												
Saturacja												
RR	220											
	200											
	180											
	160											
	140											
HR	120											
	80											
	60											
	40											
	20											
LEKI												

ZESPÓŁ OPERACYJNY	Operator	Asysta	Anestezjolog	Piel. anestezjologiczna