

**ANESTEZIOLOŠKI PREOPERATIVNI UPITNIK**

Prezime i ime pacijenta: \_\_\_\_\_  
 Datum unosa: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_  
 Dob: \_\_\_\_\_ Visina: \_\_\_\_\_ Tjelesna težina: \_\_\_\_\_ Pol: \_\_\_\_\_  
 Operativni zahvat: \_\_\_\_\_ Dijagnoza: \_\_\_\_\_  
 Heteroanamnestičke podatke daje osoba (ime i prezime): \_\_\_\_\_ Br lične karte: \_\_\_\_\_  
 Srodstvo sa pacijentom: \_\_\_\_\_

**Opće informacije**

<b>Da li ste alergični na hranu, latex ili nešto drugo? Ako Da, navedite koje:</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste alergični na lijekove?</b> Lijek: _____ reakcija: _____ Lijek: _____ reakcija: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste ikada primili anesteziju?</b> <input type="checkbox"/> Opća anestezija <input type="checkbox"/> Spinal ili Epidural <input type="checkbox"/> Nervni blok <input type="checkbox"/> Sedacija (npr. MRI, Kolonoskopija)		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li je bilo problema sa anestezijom?</b> <input type="checkbox"/> Maligna Hipertermija <input type="checkbox"/> Mučnina/povraćanje <input type="checkbox"/> Nedostatak pseudocholinesterase <input type="checkbox"/> Teška ili otežana intubacija <input type="checkbox"/> Drugo <b>Ako da: Opišite:</b> _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li Vam je neko od krvnih srodnika imao problem sa anestezijom?</b> <input type="checkbox"/> Maligna Hipertermija <input type="checkbox"/> Nedostatak pseudocholinesterase <input type="checkbox"/> Drugo		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li Vam se klima zub? Ako Da, Koji:</b> _____ <b>Imate li protezu?</b> <input type="checkbox"/> parcijalnu gornju <input type="checkbox"/> gornju <input type="checkbox"/> parcijalnu donju <input type="checkbox"/> donju <b>Da li imate:</b> <input type="checkbox"/> navlake <input type="checkbox"/> krunice <input type="checkbox"/> most <input type="checkbox"/> implantat <input type="checkbox"/> zubni aparati <b>Ako Da, Koji zub:</b> _____		<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li konzumirate cigarete, vape, električne cigarete, nargilu?</b> _____ <b>Ako da:</b> količina cigareta po danu: _____ koliko dugo : _____ Vrijeme prestanka: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li konzumirate droge: kokain, heroin, speed, ekstazi, amfetamine, kanabis, hašiš ? Ako da:</b> Vrsta: _____ Količina: _____ Učestalost: _____ Vrsta: _____ Količina: _____ Učestalost: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li konzumirate alkohol? Ako da, koliko često:</b> _____	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

<b>Da li ste uzimali dexamethason, kortizon, prednizon ili druge steroide u posljednja 3 mjeseca?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste onkološki pacijent?</b> Ako da: Tip: _____ god: _____	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste trudni?</b> Datum zadnje menstruacije _____	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Respiratorni sistem</b>		
<b>Da li Vam je dijagnosticirana:</b> <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Tuberkuloza <input type="checkbox"/> Emfizem <input type="checkbox"/> HOPB <input type="checkbox"/> drugi problemi sa disanjem _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste bili kod pulmologa?</b> Ako Da: Nalaz: _____ Datum pregleda: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da ste snimali Rtg pluća?</b> Ako Da: Nalaz _____ Datum snimka: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li koristite kisik kod kuće?</b> Ako Da: koliko često? _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Imate li sleep apneu?</b> Ako Da, da li koristite: <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BiPAP		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li hrčete u snu, da Vas se može čuti u drugoj sobi?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li se često tokom dana osjećate umorno, pospano ili iscrpljeno?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li je iko primjetio da se gušite ili prestanete disati u snu tokom noći?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li kašljete?</b> <input type="checkbox"/> prisutan šljajm <input type="checkbox"/> nema šlajma	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Imate li bilo kakav problem sa disanjem?</b> Opišite: _____	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste bili prehladeni, ili imali upalu pluća u proteklih mjesec dana?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Kardiovaskularni sistem</b>		
<b>Da li ste ikada imali:</b> <input type="checkbox"/> povišen krvni pritisak <input type="checkbox"/> srčani udar <input type="checkbox"/> šum na srcu <input type="checkbox"/> anginu pektoris <input type="checkbox"/> srčano zatajenje <input type="checkbox"/> aritmiju <input type="checkbox"/> problem na srčanim valvulama <input type="checkbox"/> drugi problemi sa srcem _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste bili kod kardiologa?</b> Ako Da: Nalaz: _____ Datum pregleda _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste radili Ekg?</b> Ako Da: Nalaz _____ Datum pregleda _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li imate:</b> <input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> defibrilator (ICD) <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> umjetnu srčanu valvulu		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste imali/trebali:</b> <input type="checkbox"/> operaciju srca <input type="checkbox"/> operaciju karotida <input type="checkbox"/> operaciju glavnih krvnih sudova		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste radili:</b> <input type="checkbox"/> stress test <input type="checkbox"/> angiogram <input type="checkbox"/> eho srca		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li se zamarate dok hodate ili penjete uz stepenice?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li spavate na podignutom uzglavlju?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li imate proširene vene nogu?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Gastrointestinalni sistem</b>		
<b>Da li ste bolovali hepatitis ili cirozu?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li imate često žgaravicu (GERB), čir ili hijatalnu herniju?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Urološki sistem</b>		
<b>Da li ste imali bubrežna oboljenja i simptome?</b> Opišite: _____	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

<b>Da li ste dijalizni pacijent?</b> <input type="checkbox"/> peritonealna <input type="checkbox"/> hemodijaliza		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Endokrini sistem</b>		
<b>Da li bolujete od dijabetesa?</b> <input type="checkbox"/> Tip 1 <input type="checkbox"/> Tip 2 <input type="checkbox"/> Gestacijski		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Kako liječite dijabetes?</b> <input type="checkbox"/> dijeta <input type="checkbox"/> oralni lijekovi <input type="checkbox"/> insulin		
<b>Da li imate bolest štitne žlijezde?</b> Ako Da: <input type="checkbox"/> hipertireoidizam <input type="checkbox"/> hipotireoidizam <input type="checkbox"/> Hašimoto/tireoiditis <input type="checkbox"/> Struma		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste kontrolisali hormone štitne žlijezde?</b> Ako Da: Nalaz: _____ Datum: _____		

<b>Neurološki/Muskuloskeletni sistem</b>		
<b>Da li ste imali:</b> <input type="checkbox"/> Moždani udar (ICV) <input type="checkbox"/> Tranzitorni moždani udar(TIA) <input type="checkbox"/> Epi napade Ako Da: Kad je bila zadnja epizoda? _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li imate:</b> <input type="checkbox"/> Multiplu Sklerozu <input type="checkbox"/> Parkinsonizam <input type="checkbox"/> Alchajmer <input type="checkbox"/> Probleme s pamćenjem <input type="checkbox"/> Miasteniju gravis <input type="checkbox"/> Epilepsiju <input type="checkbox"/> Drugo: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li imate:</b> <input type="checkbox"/> obamrlost <input type="checkbox"/> trnjenje <input type="checkbox"/> slabost ruke ( <input type="checkbox"/> L, <input type="checkbox"/> D) ili noge ( <input type="checkbox"/> L, <input type="checkbox"/> D)?		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li imate artritis?</b> Ako Da: <input type="checkbox"/> osteoartritis <input type="checkbox"/> reumatoidni artritis <input type="checkbox"/> Drugo: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Hematološki sistem</b>		
<b>Da li imate dijagnozu:</b> <input type="checkbox"/> poremećaj krvarenja <input type="checkbox"/> anemija <input type="checkbox"/> Sickle cell bolest <input type="checkbox"/> nisko željezo <input type="checkbox"/> Talasemija <input type="checkbox"/> trombocitopenija <input type="checkbox"/> Drugo: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste ikada imali krvni ugrušak</b> u <input type="checkbox"/> nogama ili <input type="checkbox"/> plućima? Ako Da, Kada? _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste uzimali lijekove za razrjeđivanje krvi?</b> Ako Da, Naziv lijeka: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste nedavno prestali uzimati lijekove za razrjeđivanje krvi?</b> Ako Da, Kada: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste skloni modricama, krvarenju iz nosa, ili krvarenju nakon pranja zuba?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Dermatološki sistem</b>		
<b>Da li imate problema sa kožom?</b> Ako Da, Opišite: _____	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Mentalno zdravlje</b>		
<b>Da li ste se liječili od:</b> <input type="checkbox"/> anksioznost <input type="checkbox"/> depresija <input type="checkbox"/> bipolarni poremećaj <input type="checkbox"/> psihoza <input type="checkbox"/> opsesivno kompulzivni poremećaj <input type="checkbox"/> PTSP <input type="checkbox"/> šizofrenija <input type="checkbox"/> poremećaj ličnosti <input type="checkbox"/> drugi mentalni poremećaji i ovisnosti: _____		<input type="checkbox"/> Ne
<b>Da li ste trenutno na liječenju od gore navedenih bolesti, ovisnosti?</b> Opišite: _____	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
<b>Hirurška historija</b> Da li ste se ranije operirali?		
<b>Operacija</b>	<b>Godina</b>	

<b>Da li imate druge medicinske probleme ili specifična pitanja o kojima bi ste pričali sa anesteziologom?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
<b>Vid</b>			
<b>Da li imate uredan vid bez naočala ili leća?</b>	<input type="checkbox"/> Da		
Ako Ne: <input type="checkbox"/> nosim naočale/leće stalno <input type="checkbox"/> nosim naočale/leće samo kad čitam			
<b>Sluh</b>			
<b>Da li imate normalan sluh bez slušnog aparata?</b>	<input type="checkbox"/> Da		
Ako Ne: <input type="checkbox"/> lijevi slušni aparat <input type="checkbox"/> desni slušni aparat <input type="checkbox"/> obostrani slušni aparat			
<b>Socijalni status</b>			
<b>Da li imate odgovornu odraslu osobu kod kuće, koja će boraviti sa Vama nakon operacije, ukoliko budete otpušteni isti dan nakon operacije?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
<b>Gdje planirate boraviti nakon operacije?</b> _____			
<b>Napišite ime, broj telefona, adresu, ukoliko nećete boraviti na prijavljenoj kućnoj adresi?</b>			
_____			
<b>Da li imate poteškoće sa samostalnim obavljanjem dnevnih aktivnosti?</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Ako Da: <input type="checkbox"/> kupanje <input type="checkbox"/> odijevanje <input type="checkbox"/> hranjenje <input type="checkbox"/> češljanje			
<b>Da li koristite neka pomagala? Ako Da, označite: <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalica <input type="checkbox"/> invalidska kolica <input type="checkbox"/> štake</b>		<input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> Drugo _____			
<b>Da li u vašem tijelu postoji metalno strano tijelo ( geler, proteza, šipka, šaraf i dr. )</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Napomena _____			
<b>Da li imate neke religijske ili kulturološke običaje s kojima želite da budemo upoznati ? Ako Da, Opišite: _____</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
<b>Da li postoji nešto što bi smo trebali znati o Vama kako bi Vam bili od pomoći za vrijeme Vašeg boravka u ASA Bolnici? Ako Da, Opišite: _____</b>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
<b>Lijekovi i Suplementi</b>			
<b>Ponesite sve lijekove koje trenutno koristite u originalnom pakovanju.</b> Odnosi se na lijekove propisane receptom i lijekove koje uzimate bez recepta, uključujući kreme, flastere, pumpice, kapi, vitamine i biljne preparate. Ukoliko imate već spisak svih lijekova koje uzimate, samo ga priložite uz ovaj formular.			
<b>Naziv lijeka</b>	<b>Doza</b>	<b>Vrijeme unosa</b>	<b>Razlog</b>

**INFORMACIJE ZA PACIJENTA****Šta je anestezija ?**

Anestezija je postupak kojim se pomoću lijekova gubi osjet bola, izaziva nesvjesno stanje, te na taj način omogućava provođenje operativnog zahvata ili terapijsko - dijagnostičke procedure.

Opšta i regionalna anestezija u zavisnosti od hirurške procedure može se sprovoditi pojedinačno ili u kombinaciji. Anesteziolog u dogovoru sa pacijentom i operaterom će izabrati najprikladniju anesteziju.

**Koje su vrste anestezije?****Opšta anestezija**

Opšta anestezija predstavlja kontrolirano nesvjesno stanje bez bola. Tokom opšte anestezije pacijent je uslijed djelovanja lijekova u stanju dubokog sna i ne osjeća bol (obezboljen). Ovi lijekovi mogu smanjiti ili obustaviti disanje što često zahtjeva da se spontano disanje potpomogne mašinom za umjetno disanje (respirator). Prestankom djelovanja lijekova pacijent se budi.

**Regionalna, lokalno - regionalna anestezija**

omogućava da se "uspava/obezboli" samo jedan dio tijela, koji će biti operisan, blokirajući nerve te regije injekcijom lokalnog anestetika u njihovoj blizini. Vrste regionalne anestezije su epiduralna anestezija/analgezija, spinalna anestezija, periferna blokada nerva.

**Epiduralna anestezija/analgezija**

Podrazumijeva davanje lokalnog anestetika u epiduralni prostor koji se nalazi u blizini kičmene moždine u leđima. Ovisno o području operativnog polja, anesteziolog ubrizgava lokalni anestetik u epiduralni prostor pomoću katetera. Anesteziološki tim pacijentu tokom procedure objašnjava postupak i koji položaj da zauzme, a potom se dezinficira područje aplikacije lijeka. Davanjem lijeka pacijent prestaje da osjeća bol.

Epiduralna analgezija se može davati nakon operacije kao i tokom poroda sa ciljem uklanjanja boli.

**Spinalna anestezija**

Podrazumijeva aplikaciju lokalnog anestetika u spinalni prostor u blizini kičmene moždine i nerava koji iz nje izlaze. Spinalna anestezija traje od 3 do 6 sati. Tokom tog perioda pacijent gubi osjet u nogama, koji se postepeno vrati nakon prestanka djelovanja apliciranog lijeka. Postupak izvođenja procedure je isti kao i kod epiduralne anestezije.

**Periferna blokada nerava**

Ovom metodom se uklanja bol manjeg područja dijela tijela pomoću lokalnog anestetika. Za manje operativne zahvate može se koristiti pojedinačno ili u kombinaciji sa drugim oblikom anestezije. U specifičnim slučajevima tokom operativnog zahvata može biti potrebno da se ordinira transfuzija krvi i/ili krvnih derivata. Krv i krvni derivati potiču od dobrovoljnog davaoca krvi, rigorozno se kontrolišu i odgovaraju obaveznim normama sigurnosti i kvaliteta: izbor donatora, testovi provjere svake doze donirane krvi, pravila osiguranja kvaliteta cijelog lanca od donatora do primaoca.

Identitet i krvna grupa pacijenta /primaoca kao i donora krvi i krvnih preparata se ponovo provjeravaju neposredno prije ordiniranja svake transfuzije.

Kao i svaka druga terapija, transfuzija nosi u sebi prednosti i nedostatke. Anesteziolog će za njom posegnuti samo ukoliko je korist po zdravlje pacijenta veća od rizika koji iz nje proizlaze.

### Komplikacije u anesteziji

#### Komplikacije opće anestezije

Mučnina i povraćanje na buđenju rijetki. Uvođenje plastične cjevčice u traheju (dušnik) ili u grlo, da bi se osiguralo disanje za vrijeme anestezije može izazvati grlobolju ili promuklost prolaznog karaktera.

Povrede zuba su također moguće. Važno je da upozorite na svaki klimavi zub i protetsko/ortodonska pomagala. Prolazni poremećaji pamćenja ili smanjene mogućnosti koncentracije se mogu desiti u satima nakon anestezije. Nepredvidljive komplikacije poput ozbiljnih alergijskih reakcija, maligne hipertermije, srčanog zastoja, gušenja, su ekstremno rijetke.

#### Komplikacije regionalne anestezije

Nakon spinalne ili periduralne anestezije može se pojaviti glavobolja. Ona ponekad zahtijeva višednevno mirovanje i/ili specifičan tretman. Prolazna paraliza mokraćnog mjehura može zahtijevati privremeno postavljanje urinarnog katetera. Ozbiljne komplikacije poput konvulzija, srčanog zastoja, trajne paralize, manje ili više produženog gubitka osjetila, su ekstremno rijetke. Ozbiljne ali rijetke komplikacije opšte ili lokoregionalne anestezije nisu iste, ali prema aktuelnim saznanjima nauke niti jedna vrsta anestezije statistički ne izgleda rizičnija od druge.

Svaka vrsta ima svoje specifične prednosti i nedostatke.

### SAGLASNOST ZA IZVOĐENJE ANESTEZIJE

Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobio/la obavještenja i informacije o predloženoj medicinskoj mjeri prije procedure. Informacije sam dobio/la na razumljivom jeziku, usmeno i pismeno, od nadležnog ljekara specijaliste.	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
1. Detaljno sam upoznat/a sa sadržajem obrasca	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
2. Upoznat/a sa koristima i rizicima predložene anestezije, kao i pravom da istu odbijem	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
3. Imao/la sam priliku ljekaru uputiti sva pitanja vezano za anesteziju i dobio/la sam na njih odgovor	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
4. Dajem saglasnost da se podvrgnem predloženoj anesteziji i prihvatam rizike koji mogu nastati uslijed iste	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
5. Obaviješten/a sam o dejstvu lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
6. Obaviješten/a sam o pravu na odlučivanje o predloženoj medicinskoj mjeri i pravu na povlačenje pristanka	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

\_\_\_\_\_  
Potpis pacijenta

\_\_\_\_\_  
Potpis medicinskog osoblja

\_\_\_\_\_  
Potpis roditelja/staratelja

\_\_\_\_\_  
Potpis i pečat ljekara