

## INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA ANESTĒZIJAI un pacienta aptauja pirms anestēzijas

Pacienta Vārds uzvārds: \_\_\_\_\_

Personas kods vai ID nr: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 (pacienta mātes/tēva, aizbildņa vai cita likumiskā pārstāvja (norādīt) vārds, uzvārds)

 \_\_\_\_\_  
 (personas kods)

**Apliecinu, ka esmu saņēmusi/-is skaidrojumus no ārsta:** \_\_\_\_\_  
 (anesteziologa vārds, uzvārds)

esmu informēts/-a, ka anestēzija ir nepieciešama, lai es nejestu sāpes, un ārsts varētu veikt ķirurģisku/diagnostisku procedūru. Man ir paskaidrotas visas ar anestēziju saistītas iespējamās komplikācijas, tādas kā iekaisums, asiņošana, zāļu nepanesība, vēnas tromboflebīts, jušanas traucējumi, locekļu funkciju traucējumi, smadzeņu funkciju traucējumi, sirds ritma traucējumi vai nāve. Anesteziologs veiks visus pasākumus, lai nerastos anestēzijas komplikācijas.

**Anestēzijas veidi, kuri var tikt izmantoti manas anestēzijas laikā:**

<b>Vispārējā anestēzija</b>	<i>Gaidāmais rezultāts:</i>	Pilnīgs apziņas, sāpju zudums
	<i>Tehnika:</i>	Zāļu ievade organismā caur vēnu vai elpošanas ceļiem, iespējama speciālas caurules ielikšana elpceļos un mākslīgas plaušu ventilācijas pielietojums
	<i>Risks:</i>	Mutes, rīkles, žokļu sāpīgums, balss aizsmakums, zobu un mutes trauma, kustīgo zobu, implantu un protēžu bojājums, asiņošana, slikta dūša, vemšana, kuņģa satura nonākšana elpošanas ceļos, nepilnīgs miegs, alerģiska reakcija
<b>Spinālā, epidurālā anestēzija</b>	<i>Gaidāmais rezultāts:</i>	Ķermeņa lejas daļas jušanas un kustību pārejošs zudums
	<i>Tehnika:</i>	Zāļu ievade spinālajā vai epidurālajā telpā
	<i>Risks:</i>	Galvassāpes, sāpes mugurā, džinkstoņa ausīs, krampji, nepārejošs muskuļu vājums, tirpšana, atlieku sāpes, asiņošana, ķermeņa funkciju traucējumi
<b>Reģionālā anestēzija</b>	<i>Gaidāmais rezultāts:</i>	Ķermeņa daļas jušanas un kustību pārejošs zudums nerva darbības zonā
	<i>Tehnika:</i>	Zāļu ievade blakus nervam, lai operācijas laikā nejestu konkrēto zonu
	<i>Risks:</i>	Krampji, vājums, nepārejoša tirpšana, locekļu funkcijas traucējumi atlieku sāpes, asiņošana
<b>Sedācija anesteziologa klātbūtnē</b>	<i>Gaidāmais rezultāts:</i>	Sāpju un satraukuma mazināšanās, daļējs samaņas zudums
	<i>Tehnika:</i>	Zāļu ievade organismā vēnā vai caur elpošanas ceļiem
	<i>Risks:</i>	Pilns samaņas zudums, elpošanas nomākums, asiņošana

**Plānotais anestēzijas veids:** \_\_\_\_\_

Es saprotu, ka anestēzijas veidu izvēlas ārsts anesteziologs, ņemot vērā manu veselības stāvokli un plānotās manipulācijas veidu. Esmu informēts/-a, ka pastāv iespēja, ka plānotais anestēzijas veids var daļēji vai pilnīgi neizdoties un tāpēc var tikt izmantots cits anestēzijas veids un tā var tikt papildināta ar invazīvu monitoringu (centrālās vēnas katetrs, arteriālais katetrs u.c.); pēc vajadzības var būt ievietots katetrs urīnpūslī.

Es esmu sapratis/-usi ka man ir jāpārtrauc ēst un dzert iepriekšējā dienā pirms operācijas pēc plkst. 24:00.

**Es apliecinu, ka esmu iepazinies ar šī dokumenta saturu, ārsts man paskaidroja gaidāmo procedūru, citas iespējas un riskus. Man ir bijusi iespēja uzdot jautājumus un saņemt uz tiem atbildi. ANESTĒZIJAI PIEKRĪTU.**

**Es piekrītu asins komponentu pārlišanai, nepieciešamības gadījumā, operācijas laikā vai/un pēcoperācijas periodā.**

 Pacients/likumiskais pārstāvis: \_\_\_\_\_  
 (vārds, uzvārds) \_\_\_\_\_ (paraksts)

Datums \_\_\_\_\_ laiks: \_\_\_\_\_.

**PACIENTA APTAUJA PIRMS ANESTĒZIJAS (aizpilda pacients)**

Vecums (gados) \_\_\_\_\_ Augums (cm) \_\_\_\_\_ Svvars (kg) \_\_\_\_\_

Plānotā operācija/procedūra \_\_\_\_\_

	<b>Izvēlēties atbilstošo atbildes variantu</b> (apvilkt JĀ vai NĒ un pasvītrot, ja nepieciešams)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	<b>Komentārs</b>
1.	Alerģiskas reakcijas, medikamentu nepanesība	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
2.	Saaukstēšanās pēdējo 2 nedēļu laikā	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
3.	Asins pārliešanas un/vai blaknes pēc tās	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
4.	Zobu protēzes, kustīgi zobi, kontaktlēcas, dzirdes aparāts	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
5.	Vai Jūs smēķējat? (cigarešu skaits dienā?)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
6.	Operācijas/anestēzijas?	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	kādas un cik ?
7.	Sarežģījumi iepriekšējo operāciju/anestēziju laikā?	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	kādi ?
<b>Saslimšanas</b>				
8.	Plaušu saslimšanas (bronhiālā astma, hronisks bronhīts )	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
9.	Sirds, asinsvadu saslimšanas (infarkts, stenokardija, aritmijas, paaugstināts/pazemināts asinsspiediens u.c.)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
10.	Kuņģa, divpadsmit pirkstu zarnas, žultspūšļa slimības	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
11.	Aknu ( hepatīti, ciroze), nieru, urīnceļu saslimšanas	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
12.	Endokrīnās saslimšanas (cukura diabēts, vairogdziedzera slimības u.c.)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
13.	Neiroloģiskas / nervu sistēmas saslimšanas (insulti, galvas smadzeņu asinsvadu aneirismas , epilepsija u.c.)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
14.	Infekciju saslimšanas (tuberkuloze, HIV, u.c.)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
15.	Vēnu problēmas (paplašinātas, tūskas u.c.)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
16.	Nopietnas traumas	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
17.	Asins saslimšanas	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
18.	Citas saslimšanas vai sūdzības (piem. acu, psihiskas, reimatoloģiskas, atkarība, muguras sāpes, audzēji u.c.)			
<b>Medikamenti</b>				
19.	Lietojamie medikamenti : <b>asins šķīdinātāji</b> (Aspirīns, Orfārīns, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, Plaviks uc.)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
20.	Citi medikamenti:	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
<b>Sievietēm</b>				
21.	Grūtniecība ( pašlaik?), dzemdības (cik bija?)	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	
22.	Vai šobrīd barojiet bērnu ar krūti?	<i>Nē</i>	<i>Jā</i>	

 Pacients  
 (vai likumiskais pārstāvis) \_\_\_\_\_  
 (vārds, uzvārds) \_\_\_\_\_ (paraksts) \_\_\_\_\_