

ZNIECZULENIE DO PORODU / ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko Pacjentki:.....

PESEL/Data urodzenia:.....

Telefon kontaktowy Waga ciała: Wzrost:.....

Proszę zapoznać się z poniżej przedstawionymi informacjami. Proszę wypełnić ankietę anestezjologiczną, która zawiera pytania dotyczące Pani zdrowia. Znieczulenie zewnątrzoponowe porodu jest jedną z metod łagodzenia dolegliwości bólowych podczas porodu siłami natury. Jest to obecnie najskuteczniejszy sposób uśmierzania bólu. Analgeziję regionalną porodu rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, z reguły przy rozwarciu zewnętrznego ujścia szyjki macicy na 3-5 cm. Polega ona na blokowaniu impulsacji bólowej w nerwach, które unerwiają macicę i kanał rodny. Po wykonaniu znieczulenia, pacjentka nie odczuwa silnych dolegliwości bólowych, natomiast odczuwa skurcze macicy, które mogą być interpretowane jako dolegliwości bólowe. Każda, nawet najprostsza czynność medyczna jest związana z możliwością wystąpienia powikłań. Znieczulenie zewnątrzoponowe niesie ze sobą pewne ryzyko powikłań wymienionych w dalszej części tekstu. Samo wykonanie znieczulenia jest praktycznie niebolesne, ponieważ przed wprowadzeniem cewnika zewnątrzoponowego wykonuje się znieczulenie skóry. W trakcie porodu do cewnika zewnątrzoponowego podaje się kolejne dawki środka znieczulenia miejscowego, aby utrzymać stałą analgeziję (zmniejszenie/zniesienie dolegliwości bólowych). Po zakończeniu porodu, w ciągu max. kilku godzin usuwa się cewnik zewnątrzoponowy. Przed planowanym znieczuleniem zewnątrzoponowym odbywa się konsultacja anestezjologiczna. Lekarz anestezjolog po rozmowie i badaniu oraz zapoznaniu się z dostarczoną dokumentacją podejmie decyzję o możliwości wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodu i wyjaśni ewentualne wątpliwości.

Wskazania:

- Nietolerancja bólu – wskazanie subiektywne,
- Brak oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod nefarmakologicznych i farmakologicznych,
- Medyczne/lekarskie.

Przeciwwskazania do znieczulenia regionalnego porodu:

- Brak zgody pacjentki lub akceptacji przez położnika wykonania analgezji zewnątrzoponowej,

*zaznacz właściwe

- Brak współpracy z pacjentką (pobudzenie, zaburzenia świadomości, itp.),
- Zaburzenia krzepnięcia krwi,
- Leczenie antykoagulantami,
- Trombocytopenia (liczba płytek krwi <100 tys.),
- Zakażenie skóry w miejscu wkłucia,
- Niektóre choroby ośrodkowego układu nerwowego (np. choroby rozrostowe, infekcyjne),
 - Niektóre choroby i wady serca: np. ciasna stenoza aortalna i mitralna, nadciśnienie płucne, wady przeciekowe z nadciśnieniem płucnym, kardiomiopatia przerostowa, nieskorygowana tetralogia Fallota, stan po przeszczepie serca).
- Inne przeciwwskazania medyczne (decyduje lekarz) Powikłania:

Powikłania znieczulenia zewnątrzoponowego występują rzadko. Najczęstsze powikłania i działania niepożądane ciągłego znieczulenia zewnątrzoponowego porodu:

- Niepełna analgezja, jednostronne znieczulenie,
- Nakłucie opony twardej,
- Bóle głowy,
- Świąd skóry,
- Bóle kręgosłupa - (są bardzo powszechnym zjawiskiem po każdym porodzie, bez względu na to czy jest wykonane znieczulenie, czy też nie),
- Instrumentalne zakończenie porodu, cięcie cesarskie,
- Uszkodzenie naczynia żylnego,
- Krwaki zewnątrzoponowy - ryzyko niedowładu kończyn dolnych.

Działanie na płód środków znieczulenia miejscowego

- Stosowanie do znieczulenia zewnątrzoponowego niskich stężeń i małych dawek środków znieczulających miejscowo, zasadniczo nie wpływa na noworodka.

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź*:

1. Czy odkrztusza Pani śluzową lub ropną wydzielinę?
TAK / NIE
2. Czy ma Pani katar?
TAK / NIE
3. Czy miewa Pani duszności (uczucie braku powietrza)?
TAK / NIE
4. Czy miewa Pani bóle w okolicy serca?
TAK / NIE

*zaznacz właściwe

5. Czy miewa Pani uczucie nierównego bicia serca?
TAK / NIE
6. Czy puchną Pani nogi?
TAK / NIE
7. Czy miewa Pani omdlenia?
TAK / NIE
8. Czy występowały lub występują u Pani zaburzenia w krzepnięciu (np. przedłużające się krwawienie po zranieniach, po usunięciu zębów, skłonność do siniaków)?
TAK / NIE
9. Czy występują u Pani żylaki kończyn dolnych?
TAK / NIE
10. Czy występują u Pani dolegliwości bólowe kręgosłupa?
TAK / NIE
11. Czy występują u Pani niedowłady, osłabienie mięśni?
TAK / NIE
12. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani drgawki?
TAK / NIE
13. Czy występują u Pani zmiany nastroju?
TAK / NIE
14. Czy występują u Pani migrenowe, uporczywe bóle głowy?
TAK / NIE
15. Czy pali Pani tytoń?
TAK / NIE
16. Czy obecnie zażywa Pani jakieś leki?
TAK / NIE

Jeśli tak, proszę wymienić jakie:

17. Czy była Pani leczona w szpitalu?
TAK / NIE

Jeśli tak, to z jakiego powodu i kiedy:.....

18. Czy miała Pani wykonywane jakieś zabiegi operacyjne?
TAK / NIE

Jeśli tak, to proszę wymienić jakie i kiedy:.....

19. Czy występowały jakieś powikłania związane ze znieczuleniem lub narkozą?
TAK / NIE

Jeśli tak, proszę wymienić jakie:

20. Czy jest Pani uczulona na leki, pokarmy, itp.?
TAK / NIE

Jeśli tak, proszę wymienić na jakie:

*zaznacz właściwe

21. Czy występują u Pani choroby :

- układu krążenia
TAK / NIE
- płuc, w tym astma, POCHP
TAK / NIE
- choroby wątroby
TAK / NIE
- nerek,
TAK / NIE
- tarczycy,
TAK / NIE
- układu nerwowego, mózgu.
TAK / NIE
- jaskra
TAK / NIE
- cukrzyca
TAK / NIE
- poważne urazy
TAK / NIE
- inne choroby i dolegliwości
TAK / NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....
Data, godzina i czytelny podpis pacjentki