

P

SZ

BG

Stat.

Kt


**AnästhesieNetz
Rhein-Ruhr**
Merkez:

MEDICO-Haus

Westenfelder Straße 62/64

44867 Bochum (Wattenscheid)

Telefon 0 23 27 – 99 13 0

Telefax 0 23 27 – 99 13 10

www.anaesthesienetz.de

info@anaesthesienetz.de



Çocuklarda genel anestezi soru formu

Lütfen ilgili olanı işaretleyiniz, altını çiziniz veya tamamlayınız:

[E] = Evet [H] = Hayır [?] = Bilmiyorum

 Soyadı: _____ Yaş: _____
 Adı: _____ Boyu: _____ cm
 Kilosu: _____ kg

 Cinsiyet: Kadın
 Erkek
 Cerrah: _____ Has. No: _____

- Çocuğunuz **düşük** veya **SGA** mıydı? E H
 Evetse, hamileliğin kaçınıcı haftasında? _____
 Çocuğunuza doğumdan sonra solunum işlemi uygulandı mı? _____
 Evetse, ne kadar süreyle? _____
- Çocuğunuz son 6 ay içerisinde tıbbi tedavi gördü mü? E H
 Evetse, neden? _____
- Çocuğunuz son 6 ay içerisinde **boğmaca** geçirdi mi? E H
- Çocuğunuz hâlihazırda **üst solunum yolları enfeksiyonu, ateş, veya ishâlden** şikâyetçi mi? E H
 Evetse, ne zamandan beri? _____
- Çocuğunuz son 14 gün içerisinde **aşı oldu mu?** (Lütfen aşı karnesini gösteriniz) E H
- Çocuğunuz başka bir **enfeksiyonlu hastalıktan** şikâyetçi mi? E H
 Evet: _____
- Çocuğunuzun vücudunda **yabancı cisimler** var mı? (Protez, stent, piercing v.b.) E H
- Çocuğunuz son günlerde veya haftalarda **ilaç** kullandı mı? E H
 Evetse, hangileri? _____
- Çocuğunuz **daha önce bir ameliyat geçirdi mi?** E H
 _____ Yıl: _____
 _____ Yıl: _____
 _____ Yıl: _____
 Tıbbi müdahale esnasında veya daha sonra bir **şikâyeti** veya **komplikasyon** (örn. kanama) oldu mu? E H
 Evet: _____

- Kan hısımlarında narkoz nedeniyle bir sorun yaşandı mı? E H
 Evet: _____

- Daha önce çocuğunuza **kan** veya kan bileşenleri **verildi mi?** E H
 Bunda uyumsuzluk reaksiyonu yaşandı mı? E H
 Evet: _____
- Çocuğunuz (aşağıdaki organlarından birinden) **hasta mıydı / hasta mı?** (Lütfen varsa altını çiziniz)
Kalp / Dolaşım sistemi: Çocuğunuz bedensel performansta azalma, kalp rahatsızlığı, ciltte morluklar veya zorlanma halinde nefes darlığından şikâyetçi mi? E H
- Akciğer / Solunum yolları:** Çocuğunuz sıkça solunum yolları enfeksiyonu, bronşit, astım, akciğer iltihaplanması, TBC veya krup hastalığından şikâyetçi mi? E H
 – Çocuğunuz arasıra/sıkça/düzenli ol. inhalasyon yapıyor mu? E H
- Sinir sistemi:** Çocuğunuz epilepsi (kasılma nöbetleri), ateşli nöbet veya aşırı hareketlilikten şikâyetçi mi? E H
- Metabolizma:** Çocuğunuz şeker hastalığından, sıkça kusmadan, belirli gıdalarla uyumsuzluktan şikâyetçi mi? E H
- Karaciğer / Böbrekler:** Çocuğunuz un diyalize bağımlılığı, ağır derecede böbrek yetmezliği, sarılık, yeni doğum periyodunda ışık terapili/işık terapisisiz sarılık durumu söz konusu mu? E H
- Gözler:** Çocuğunuz fazla derecede göz iç basıncından şikâyetçi mi, kontakt lens kullanıyor mu, şaşılık durumu var mı? E H
- Kulaklar:** Çocuğunuz da ağır işitme durumu var mı? E H
- Kan:** Çocuğunuz un sıkça burnu kanıyor mu, pıhtılaşma bozukluğu var mı? Çocuğunuz a hafifçe dokunmada morluk oluşuyor mu? E H
- Kaslar:** Çocuğunuzda miyasteni veya kas atrofisi saptandı mı? E H
 – Çocuğunuz **kan hısımlarında** bu türden hastalık **belirtileri** var mı? E H
- Çocuğunuz da genetik yapıya bağılı olarak **malign hipertermi** eğilimi saptandı mı? E H
 (narkozda aşırı ateşle başgösteren metabolik düzensizlik) E H

• Çocuğunuzun un **ilaçlara karşı bir uyumsuzluğu** saptandı mı?

– **Paracetamol** (örn. Ben-u-ron, PCM,

Treupel, Captin, Pardialgon, Enelfa v.b.)

? E H

– **Novaminsulfon** (örn. Novaljin)

? E H

– **Lokal anestezi ilaçlarına**

? E H

Çocuğunuzda diğer ilaçlara karşı bir uyumsuzluk gözlediniz mi?

E H

Evetse, hangi maddelere?

• **Diğer alerjiler veya uyumsuzluklar:**

– Yara bandına, iyota, gıda maddelerine veya meyveye

E H

– Latekse (balona) veya: _____

E H

– Nörodermatit

E H

Bu alerjilerden biri **solunum yollarını** etkiliyor mu?

E H

• Çocuğunuz mide **bulantısından / kusmadan**

örn. arabada, şikayetçi mi?

E H

• Çocuğunuz **sigara** içiyor mu?

E H

• Çocuğunuz **uyuşturucu kullanıyor mu?**

E H

Evetse, hangileri? _____

• Çocuğunuzun **dişleri**, çürük mü, bozuk mu, sallanıyor mu,

diş teli kullanıyor mu?

E H

Zahnstatus | Diş durumu (Doktor tarafından doldurulacaktır)

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
Re				V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V				Li	
Sağ				V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V				Sol	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

e = ersetzt | f = fehlend | z = zerstört | b = Brücke | k = Krone | c = kariös
e = yenilenmiş | f = eksik | z = bozuk | b = köprü | k = kaplama | c = çürük

• Yaşı elveriyorsa bir **hamilelik** durumu söz konusu olabilir mi?

E H

• Çocuğunuzun bu soru formunda belirtilmemiş olan **başka hastalıkları** veya engeli var mı veya **önemli gördüğünüz** ama şimdiye kadar üzerinde durulmayan **başka durumlar var mı?**

E H

Evet, şunlar: _____

Hastaneye yatırmaksızın yapılan narkozlu tıbbi müdahalelerde hastanın ilk 12–24 saat içerisinde evde kesintisiz bakılması gereklidir! Çocuk bu süre zarfında denetimsiz olarak trafiğe çıkamaz.

• Bu süre zarfında çocuğa kim bakacak?

_____ Yaş: _____

• Düzenli bakım sağlandı mı?

E H

• Telefonunuz var mı?

E H

Önkoduyla beraber tel. no.: _____ / _____

• Evinizden ev / çocuk doktorunuzun muayenehanesine

veya bir hastaneye 30 dakika içerisinde ulaşabiliyor mu?

E H

• Arabanız var mı veya hemen bir taksi çağrılabilir mi?

E H

Bilgilendirme görüşmesinden sonra onay:

Narkoz hakkında ayrıntılı bir bilgilendirme görüşmesi

yüzyüze şu tarihte: _____ / telefonla şu tarihte: _____

Bayan / Bay Dr. _____ ile yapıldı.

Bu görüşmede bana öngörülen narkoz işlemi açıklandı ve diğer yöntemlere oranla avantaj ve dezavantajları hakkında görüldü.

Daha önce doldurulan soru kısmına dayanarak, riski artırıcı özellikler, muhtemel komplikasyonlar ve muhtemelen gerekli yan ve müteakip müdahaleler de açıklandı. Tüm sorularına anlayacağım şekilde cevap verildi.

„Çocuklarda hastaneye yatırmaksızın narkoz için hastalara bilgi“ broşürünü aldım ve okudum, davranış kurallarına riayet edeceğim. Çocuğunuzun sağlık geçmişine ilişkin sorulara mevcut bilgilerim dahilinde cevap verdim.

Her şeyi ayrıntılı olarak düşündüm ve öngörülen şu tıbbi müdahale çerçevesinde: _____

_____ **şunun için onay veriyorum:**

Şu yolla genel anestezi:

Maske / Larengal maske / İntübasyon

Şu yolla lokal anestezi:

Narkoz işleminde tıbbi açıdan gerekli görülen tüm değişikliklerin ve gelişmelerin yapılmasını kabul ediyorum. **Şu önlemleri kesinlikle kabul etmiyorum:** _____

LÜTFEN BURAYI İMZALAYINIZ:

Anne / Velayet hakkına sahip kişi: _____

Baba: _____ Tarih: _____

Anestezist: _____