Hlásenie suspektnej epizódy MH

Pacient

Priezvisko: Meno:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Adresa: č. d.: PSČ:

Mesto:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Epizódu hlási: ロanestéziológ ロobvodný lekár ロiný lekár

Kde bola realizovaná anestézia (celá adresa, tel. číslo)

Adresa pracoviska:

Meno príslušného anestéziológa: tel. č.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum MH epizódy:

Volatilné anestetiká:

Desfluran ロÁno ロNie

Isofluran ロÁno ロNie

Sevofluran ロÁno ロNie

Iné ロÁno ロNie

Aké:

Sukcinylcholín ロÁno ロNie

Maximálna telesná teplota ……………°C ロNeznáma

Krvné plyny:

ロvéna ロartéria ロnerealizované

pH……….. pH………….

pO2……… pO2………..

pCO2……. pCO2………

BE……….. BE………….

Pulzná oximetria: ロmin SpO2……………% ロneznáma

Kapnografia. ロmax. EtCO2……….kPA ロneznáma

CK: ロpočas MH epizódy………………U/l ロnerealizované

ロpo 12 hod. ………………U/l ロnerealizované

ロpo 24 hod. ………………U/l ロnerealizované

Kálium: maximálna hodnota…………..mmol/l

Myoglobinúria: ロÁno ロNie

Spazmus m. Maseter: ロÁno ロNie

Generalizovaná rigidita: ロÁno ロNie

Maximálna srdcová frekvencia: …………/min

Minimálna srdcová frekvencia: …………/min

Ventrikulárna arytmia: ロÁno ロNie

Terapia Dantrolénom (Dantrium): ロÁno ロNie

Dávka………………mg/kg/24h

Čas trvania anestézie do stanovenia dg. MH:

ロ............min. ロneznámy

Čas trvania anestézie do stanovenia prvého príznaku:

ロ............min. ロneznámy

Prvý príznak, ktorý viedol k podozreniu na MH: ................................................................................................................................................

Operačná indikácia: ………………………………………………………………………………...

Počet a druh anestézií v anamnéze: ロCA…………………………ロRA………………………

MH anamnéza:

* Príhoda MH spojená s úmrtím v rodine
* Príhoda MH v rodine (spojená s prežitím)
* Člen rodiny pozitívne testovaný na MH
* Negatívna MH anamnéza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prosím, spolu s týmto dotazníkom zašlite kópiu anestéziologického záznamu a kópiu prepúšťacej správy. Výsledok vyšetrenia bude hlásený lekárovi, ktorý Hlásenie o MH epizóde vypísal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obvodný lekár: .......................................................................................................................

Meno: .....................................................................................................................................

Adresa: ..................................................................................................................................

Tel. č.: …………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V prípade, že nie je identické s anestéziológom alebo obvodným lekárom, hlásenie o MH realizuje:

Meno: .....................................................................................................................................

Adresa: ……………………………………………………………………………………………….

Tel. č.: …………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poznámka:

Dátum: Podpis: