



UNIVERZITNÁ NEMOCNICA
BRATISLAVA

Pracovisko: Nemocnica Ružinov, Ružinovská 6, 826 06 Bratislava
I.Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny LFUK

Hlásenie suspektnej epizódy MH

Pacient

Priezvisko:

Meno:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Adresa:

č. d.:

PSČ:

Mesto:

Epizódu hlási: anestéziológ obvodný lekár iný lekár

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

Adresa pracoviska:

Meno príslušného anestéziológa:

tel. č.

Dátum MH epizódy:

Volatilné anestetiká:

Desfluran	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Isofluran	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Sevofluran	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Iné	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie

Aké:

Sukcinylcholín Áno Nie

Maximálna telesná teplota°C Neznáma

Krvné plyny:

vena artéria nerealizované

pH..... pH.....

pO₂..... pO₂.....

pCO₂..... pCO₂.....

BE..... BE.....

Pulzná oximetria: min SpO₂.....% neznáma

Kapnografia. max. EtCO₂.....kPA neznáma

CK: počas MH epizódy.....U/l nerealizované
 po 12 hod.U/l nerealizované
 po 24 hod.U/l nerealizované

Kálium: maximálna hodnota.....mmol/l

Myoglobinúria: Áno Nie

Spazmus m. Maseter: Áno Nie

Generalizovaná rigidita: Áno Nie

Maximálna srdcová frekvencia:/min

Minimálna srdcová frekvencia:/min

Ventrikulárna arytmia: Áno Nie

Terapia Dantrolénom (Dantrium): Áno Nie
Dávka.....mg/kg/24h

Čas trvania anestézie do stanovenia dg. MH:

.....min. neznámy

Čas trvania anestézie do stanovenia prvého príznaku:

.....min. neznámy

Prvý príznak, ktorý viedol k podozreniu na MH:

.....

Operačná indikácia:

Počet a druh anestézií v anamnéze: CA..... 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: