Załącznik nr 2 do procedury kwalifikowania i przygotowania pacjenta do znieczulenia w SPSK-1 w Lublinie - przygotowanie pacjenta do wizyty w poradni preanestetycznej

**ZASADY KIEROWANIA PACJENTÓW DO PORADNI PREANESTETYCZNEJ**

1. Pacjentów do poradni preanestetycznej prosimy kierować **nie później niż 7dni** przed planowanym zabiegiem operacyjnym / ustalonym terminem przyjęcia do szpitala, ponieważ w innych przypadkach nie jest możliwe uzyskanie refundacji z NFZ.
2. **Pacjenci bez wystawionego skierowania z kwalifikacją do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu oraz terminu przyjęcia do szpitala nie będą konsultowani w poradni.**
3. Do poradni kierowani są pacjenci wyłącznie w trybie planowym.
4. Pacjent w dniu przyjęcia do poradni preanestetycznej powinien zgłosić się rano do rejestracji z:

**A) Skierowaniem do poradni preanestetycznej**

Skierowanie zawiera informację o rozpoznaniu, terminie planowanego zabiegu, **wstępnym** zakresie zabiegu (zabieg radykalny, zabieg diagnostyczny, zabieg paliatywny) oraz **wstępnie** planowanej technice zabiegu operacyjnego (klasycznie, laparoskopowo, histeroskopowo). **Pacjenci bez powyższych informacji nie będą konsultowani w poradni.**

**B) Wykonanymi badaniami dodatkowymi, zgodnie z procedurą wewnętrzną SPSK-1 (załącznik numer 1) i potrzebami pacjenta**

* U większości pacjentów, bez chorób przewlekłych, kwalifikowanych do zabiegów o niewielkiej inwazyjności (drobne i średnie zabiegi chirurgiczne) nie są potrzebne żądne dodatkowe badania laboratoryjne celem kwalifikacji do znieczulenia. Badania dodatkowe powinny być wykonane tylko wtedy, gdy pacjent jest przewlekle leczony, a decyzja o ich przeprowadzeniu powinna być oparta o wiedzę i doświadczenie lekarza kierującego
* EKG, powinno być wykonane u pacjentów >65 roku życia i/lub z wywiadem chorób sercowo naczyniowych i/lub przygotowywanych do zabiegów średniego/wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego zgodnie z wytycznymi ESC 2022.
* Badanie układu krzepnięcia powinno być wykonane u pacjentów, u których występuje duże ryzyko krwawienia śródoperacyjnego (wskazania chirurgiczne), mają stwierdzoną niewydolność wątroby lub przyjmują leki mogące wpływać na hemostazę (antagoniści witaminy K, NOAC).
* TSH i FT4 u pacjentów leczących się z powodu nadczynności tarczycy, natomiast w przypadku niedoczynności tarczycy wystarczające jest oznaczenie poziomu TSH. Wyniki badań hormonów tarczycy powinny być nie starsze niż 1 miesiąc.
* HbA1c u pacjentów z rozpoznaną cukrzycą przy braku oznaczenia w ciągu ostatnich 3 miesięcy. W przypadku HbA1c > 8.5% pacjent nie może być operowany w trybie planowym.

**C) Dodatkowymi konsultacjami**

Zgodnie z wytycznymi ESC 2022 pacjenci powinni być skonsultowani przez lekarza kardiologa w przypadku:

1. Wykonanej **planowej** angioplastyki <6 miesięcy od terminu planowego zabiegu, lub <12 miesięcy gdy angioplastyka była wykonywana ze wskazań **pilnych** (ostry zespół wieńcowy);
2. Przewlekłej niewydolności serca, gdy ECHO serca było wykonywane > 6 miesięcy, lub u każdego pacjenta z rozpoznaną niewydolnością serca u którego występuje nasilenie objawów niewydolności;
3. Rozpoznanych w przeszłości umiarkowanych i ciężkich zaburzeń aparatów zastawek aortalnej lub mitralnej;
4. Pacjentów z wrodzoną wadą serca;
5. Pacjentów z niekontrolowanym migotaniem przedsionków (kryterium kontrolowanego migotania przedsionków akcja serca <110/min, przewlekle przyjmowane leki przeciwkrzepliwe (NOAC >3 tyg, antagoniści witaminy K, udokumentowany INR w przedziale 2-3);
6. Pacjentów z udokumentowanym nadciśnieniem płucnym;
7. Pacjentów z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem lub układem resynchronizującym.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Pacjenci z de novo lub z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym powinni być ocenieni w oparciu o wysokość ciśnienia tętniczego krwi. W przypadku utrzymujących się wartości ciśnienia tętniczego w granicach nadciśnienia 1 i 2 stopnia pacjent może być operowany w trybie planowym jednocześnie powinien być skierowany do lekarza POZ celem wdrożenia dodatkowego leczenia hipotensyjnego. Pacjenci z 3 stopniem nadciśnienia tętniczego tj >180/110 mmHg zgodnie z wytycznymi ESC nie powinni być operowani w trybie planowym, powinni zostać skierowani do lekarza POZ w celu optymalizacji leczenia hipotensyjnego.

Zaświadczenie od innych lekarzy prowadzących pacjenta w przypadku występowania ciężkich chorób przewlekłych lub chorób przewlekłych źle kontrolowanych m.in.:

* 1. astma (częściowo kontrolowana i niekontrolowana),
  2. POCHP (grupa C lub D),
  3. nieprawidłowe wartości hormonów tarczycy,
  4. źle kontrolowana cukrzyca,
  5. zaburzenia krzepnięcia,
  6. zaburzenia psychiczne leczone węglanem litu,
  7. choroby leczone wysokimi dawkami sterydów lub lekami immunosupresyjnymi,
  8. choroby rzadkie i bardzo rzadkie.

**Zaświadczenie takie powinno zawierać informację o możliwym do przewidzenia zwiększonym ryzyku zabiegu operacyjnego, związanym z daną jednostka chorobową oraz o postępowaniu okołooperacyjnym, ze szczególnym uwzględnieniem zmian w farmakoterapii.**