

KLINIKA ANESTEZJOLOGII, INTENSYWNEJ TERAPII I OSTRYCH ZATRUCÍ

**ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA
PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**

PESEL <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">Data urodzenia* nr ks. gł.</p>																				
Imię i nazwisko: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>																				
Dane osób uprawnionych do wyrażenia zgody: opiekun prawny / przedstawiciel ustawowy																				
Imię i nazwisko: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>																				
PESEL <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">Data urodzenia*</p>																				
Rozpoznanie przedoperacyjne: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>																				

*Jeśli nie ma PESEL

INFORMACJA DLA PACJENTA

Przekazany Panu/Pani „PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA” to dokument zawierający podstawowe informacje dotyczące metod znieczulenia i związanych z nimi powikłań.

Po przeczytaniu formularza prosimy o podpisanie w miejscach wyznaczonych jako potwierdzenie zapoznania się z jej treścią i wyrażenie świadomej zgody.

Proponowany sposób leczenia

Z powodu choroby został/a Pan/Pani zakwalifikowany/a do zabiegu operacyjnego. Operacja i bolesne zabiegi diagnostyczne przeprowadzane są w znieczuleniu.

Rodzaje znieczuleń:

1. Analgosedacja

Jednoczesne zastosowanie leków o działaniu uspokajającym i nasennym (sedacja) oraz leków o działaniu przeciwbólowym (analgezyja). Stosowane jest przy bolesnych zabiegach diagnostycznych.

2. Znieczulenie ogólne (narkoza)

Aby wprowadzić pacjenta w stan znieczulenia anestezjolog podaje leki znieczulające i przeciwbólowe przez założone wcześniej wkłucie dożylnie i / lub w postaci wziewnej wraz z tlenem do oddychania (przez maskę twarzową). Sen następuje po kilkudziesięciu sekundach od podania leków i od tego momentu pacjent nie ma wspomnień z okresu zabiegu. Takie postępowanie zazwyczaj wystarcza do przeprowadzenia mniejszych i krótkotrwałych zabiegów operacyjnych (tzw. znieczulenie „na masce”). Czasem po zaśnięciu chorego zamienia się maskę twarzową na maskę krtaniową, wsuwaną do gardła pacjenta, aby poprawić kontrolę oddychania w czasie zabiegu. Najczęściej (do dużych operacji lub z innych powodów) po zaśnięciu chorego, stosuje się intubację tchawicy, czyli wsuwa do tchawicy przez gardło rurkę z tworzywa sztucznego (tzw. znieczulenie dotchawicze). Dla ułatwienia zarówno intubacji jak i samej operacji, chory po zaśnięciu otrzymuje leki zwiotczające mięśnie i w czasie zabiegu nie oddycha sam, lecz czynność tę wykonuje respirator, bądź osobiście anestezjolog przy użyciu specjalnego worka oddechowego. Po zakończonej

Imię i nazwisko pacjenta.....

operacji przerywa się stosowanie leków znieczulających i zwiotczających, usuwa rurkę intubacyjną lub maskę krtaniową i budzi chorego, kontynuując podawanie odpowiednich leków przeciwbólowych.

Powikłania znieczulenia ogólnego:

Ogromna większość potencjalnych powikłań znieczulenia ogólnego ma charakter lekkich i przemijających dolegliwości, nie pozostawiających żadnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Prosimy więc o krytyczne podejście do zamieszczonej poniżej listy powikłań, które jesteśmy zobowiązani Państwu przedstawić.

POWIKŁANIA LEKKIE NIEZAGRAŻAJĄCE ZDROWIU (częstość 1:10 - 1:100) - To przejściowe dolegliwości pooperacyjne w większości ograniczone do pierwszej doby po zabiegu: przejściowe dolegliwości bólowe w dniu operacji, nudności, wymioty, dreszcze, senność, dezorientacja (zwłaszcza u pacjentów w starszym wieku), ból głowy, zawroty głowy, ból gardła, uczucie drapania w gardle, chrypka, trudności w przełykaniu, kaszel, uczucie braku powietrza i trudności w oddychaniu, zaburzenia widzenia, drobne uszkodzenia zębów / warg/ języka na skutek trudnej intubacji, krwiak w miejscu wkłucia dożylnego, przejściowa niedrożność tętnicy po kaniulacji, bóle mięśniowe, i in.

POWIKŁANIA ZAGRAŻAJĄCE ZDROWIU - Występują rzadko (1:100- 1: 5 000), ale ich przebieg może być poważny lub znacząco uciążliwy dla chorego:, nieudana intubacja, otarcie rogówki oka, porażenie nerwów wywołane ułożeniem na stole operacyjnym, kurcz krtani, śródoperacyjne krótkotrwałe odzyskanie świadomości, uszkodzenie zębów wymagające leczenia, uszkodzenia krtani lub tchawicy przy intubacji, niewielkie reakcje alergiczne (na leki, płyny do przetoczeń i in.), reakcje nietypowe/nietolerancji na leki (np. przedłużone działanie leków zwiotczających mięśnie) i in.

POWIKŁANIA ZAGRAŻAJĄCE ZDROWIU I ŻYCIU - Mogą się zdarzyć wyjątkowo rzadko (1:5 000 -1:100 000), ale zawsze wymagają dodatkowego leczenia, mogą zagrażać życiu a ich skutki mogą być nieodwracalne: powikłania sercowo-naczyniowe (wstrząs, udar mózgu, groźne zaburzenia rytmu serca, zawał serca, zatory i zakrzepy, zapalenie żyły, nagłe zatrzymanie krążenia), powikłania oddechowe (skurcz oskrzeli i oskrzelików, kurcz krtani, zachłyśnięcie (czyli przedostanie się wymiocin do płuc) i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa, zapalenie płuc, odma opłucnowa wstrząs uczuleniowy i inne poważne reakcje alergiczne, poważne reakcje poprzetoczeniowe, nietypowe reakcje na leki anestetyczne (hipertermia złośliwa – zagrażający życiu gwałtowny wzrost temperatury w przebiegu masywnego przełomu metabolicznego), nieudana intubacja i wentylacja, niedotlenienie organizmu z uszkodzeniem mózgu (w tym śpiączka, paraliż, drgawki), uszkodzenie wątroby lub nerek w wyniku działania środków anestetycznych lub powikłań krążeniowych, zgon, utrata wzroku, głuchota i in.

Oprócz wymienionych wyżej powikłań związanych bezpośrednio ze znieczuleniem ogólnym, możliwe jest też wystąpienie powikłań zależnych od dodatkowych działań i zabiegów towarzyszących znieczuleniu, np.: skaleczenie śluzówki nosa przy zakładaniu sondy żołądkowej, itd.

3. Znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe

Znieczulenie regionalne centralne: podpajęczynówkowe i / lub zewnątrzoponowe. Polega na podaniu leku znieczulającego miejscowo do kanału kręgowego (wewnątrz kręgosłupa), co powoduje przejściowe zablokowanie czucia bólu, najczęściej w dolnej połowie ciała i zwykle z zablokowaniem możliwości poruszania nogami. W czasie zabiegu pacjent jest przytomny, ale jeśli sobie tego życzy, może otrzymać dodatkowo dożylnie leki wywołujące uspokojenie lub płytki sen. Znieczulenie to zapewnia przedłużony efekt przeciwbólowy po operacji, ale wywołuje wyraźne zaburzenia krążeniowe i wiąże się z ryzykiem powikłań neurologicznych.

Powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego/zewnątrzoponowego:

- nudności, wymioty, spadek temperatury ciała, dreszcze (ok 10%)
- zatrzymanie moczu (wymagające jednorazowego zacewnikowania pęcherza moczowego)-15-35%
- świąd skóry (od 0-30%)
- popunkcyjne bóle głowy (ok 1%)

Imię i nazwisko pacjenta.....

- spadek ciśnienia krwi, zwolnienie akcji serca (od 1-10%)
- zatrzymanie krążenia (<0,1%)
- całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe z koniecznością wykonania znieczulenia ogólnego i intubacji,
 - przyjęcie do oddziału intensywnej terapii (<0,001%)
- powikłania neurologiczne (**bardzo rzadkie**, 1:150 000 znieczuleni: krwaki podpajęczynówkowy, zapalenie opon mózgowych, ropień przestrzeni nadoponowej, zespół ogona końskiego - objawiający się zaburzeniami oddawania moczu oraz czucia w okolicy krocza, porażenie kończyn dolnych (1 : 140 000)

4. Znieczulenie regionalne obwodowe: blokady splotów i nerwów, odcinkowe dożylnie, nasiętkowe i in.

Polega na podaniu leku znieczulającego miejscowo w okolice wybranych nerwów, w pobliżu pola operacyjnego lub bezpośrednio w tkanki operowane. Efektem jest zablokowanie czucia bólu w wybranym obszarze, który jednak nie może być dowolnie duży. Metoda stosunkowo bezpieczna, ale w kilku procentach przypadków bywa nieskuteczna.

Powikłania znieczulenia regionalnego:

- uszkodzenie naczynia krwionośnego i krwiak w miejscu wkłucia uszkodzenie nerwów i parestezje (przemijające drętwienie lub bardzo rzadko przetrwałe)
- zakażenie w miejscu nakłucia

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:

Stan zdrowia chorego jest czynnikiem, który w najwyższym stopniu determinuje ryzyko związane z operacją i znieczuleniem. Przykładowo częstość zgonów związanych ze znieczuleniem u pacjentów w dobrym stanie zdrowia ocenia się na ok. 1:100 000, jednak u chorych z licznymi lub poważnymi schorzeniami wzrasta ono nawet 20-cioкратно.

Anestezjolog ocenia ryzyko każdego znieczulenia w specjalnej skali, przy czym uwzględnia liczne czynniki określające stan zdrowia pacjenta: rodzaj i zaawansowanie schorzenia, które jest przyczyną operacji, przewlekłe choroby towarzyszące i stopień wyrównania (np. astma, cukrzyca i in.), obecność takich chorób u krewnych, stosowane aktualnie leki (zwłaszcza przeciwkrzepliwe, obniżające poziom cukru i in.), ostre choroby przebyte w ostatnim czasie (np. zapalenie oskrzeli, gardła lub krtani) i inne przebyte w przeszłości choroby, operacje i urazy, przebieg wcześniejszych znieczuleń, także u krewnych pacjenta, alergii, ciąży, wieku, odżywienie (otyłość lub wyniszczenie), nałogi (papierosy, alkohol, narkotyki czy inne używki), aktualna wydolność krążenia, oddychania, nawodnienie organizmu, stan uzębienia, budowa ciała i inne.

Ryzyko powikłań narasta ze wzrostem liczby obciążeń np. u pacjentów w ciężkim stanie z licznymi chorobami towarzyszącymi, które nie były wcześniej rozpoznane i skutecznie leczone! W takich przypadkach najlepiej jest zabieg odroczyć na określony czas, w którym osiągnię się stabilizację najważniejszych parametrów życiowych chorego.

Oczekiwane korzyści

Działania anestezjologiczne proponowane pacjentowi mają przede wszystkim umożliwić wykonanie zabiegu operacyjnego u chorego w sposób bezbólowy, w warunkach maksymalnego komfortu pacjenta. Przy niektórych procedurach wymagane jest zachowanie bezwzględnej bezruchu pacjenta, co osiąga się stosując leki zmiotczające mięśnie podczas znieczulenia ogólnego. Istnieją również metody znieczulenia (blokady centralne, splotów jak i pojedynczych nerwów), których działanie rozciąga się na okres pooperacyjny - działanie przeciwbólowe, zmniejszenie zapotrzebowania na leki opioidowe.

Odległe skutki

Anestezjolog monitoruje pacjenta przez cały zabieg i po nim, obserwuje i natychmiast podejmuje działanie. Bez względu na to, istnieją jednak skutki uboczne znieczulenia pojawiające się od razu po nim, takie jak nudności, wymioty lub dreszcze, ból mięśni, świąd (po użyciu niektórych leków) oraz bardziej odległe w czasie jak majaczenie

Imię i nazwisko pacjenta.....

pooperacyjne-dézorientacja odczuwana podczas wybudzania ze znieczulenia, która u pacjentów w podeszłym wieku może pojawiać się i znikać przez jakiś czas. Pojawiają się problemy z koncentracją i trudności w zapamiętywaniu.

Jeśli po przeczytaniu niniejszego dokumentu ma Pani/Pan jakieś pytania do lekarza prowadzącego, proszę napisać je poniżej*

.....
.....
.....

* Pole musi być wypełnione jeśli brak proszę tak wpisać.

Za bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia, jak również leczenie bólu odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog. W tym celu konieczne jest zebranie dokładnych informacji o Pani/Pana stanie zdrowia.

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania.

Podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie w jego obecności. W razie jakichkolwiek wątpliwości jesteśmy zawsze do Pani/Pana dyspozycji.

Wypełnia pacjent:

Proszę zakreślić prawidłową odpowiedź **TAK/NIE**, podkreślić jednostkę chorobowa lub objaw, ewentualnie dopisać jeśli nie zostały uwzględnione.

Waga.....

Wzrost.....

1. Jakie leki przyjmuje Pan/Pani aktualnie?

1..... 4.....
2..... 5.....
3..... 6.....

2. Czy lekarz nakazał odstawić jakieś leki przed zabiegiem? tak nie

Proszę podać nazwę leku i ile dni temu:.....

3. Czy była Pani/Pan wcześniej operowana/y? tak nie

Proszę podać rodzaj i rok zabiegu:

.....

4. Czy dobrze zniosła/zniósł Pani/Pan znieczulenie? tak nie nie wiem

Jeśli nie, to jakie problemy wystąpiły?.....

5. Czy ktokolwiek z Pani/Pana rodziny miał problemy w trakcie znieczulenia? tak nie nie wiem

Jeśli tak, to jakie problemy wystąpiły?.....

6. Czy miała Pani/Pan transfuzję krwi? tak nie

Czy wystąpiły problemy?.....

7. Czy odczuwa Pani/Pan ból za mostkiem i/lub duszność? tak nie

Jeżeli tak, to

- w spoczynku
- po wysiłku (podać jakim

.....

8. Czy choruje Pani/Pan na:

8.1. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie m. sercowego, wada serca, tak nie nie wiem

Imię i nazwisko pacjenta.....

zaburzenia rytmu)

Jeśli tak, to czy jest Pani/Pan pod stałą kontrolą kardiologa?

tak nie

- 8.2. Choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, ciśnienie niskie, omdlenia, zmęczenie, duszności) tak nie nie wiem
- 8.3. Choroby naczyń (miażdżycza, żylaki, niedokrwienie kończyn, zapalenie żył, zakrzepica) tak nie nie wiem
- 8.4. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, pylica, rozedma) tak nie nie wiem
- 8.5. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, zespół bezdechu sennego) tak nie nie wiem
- 8.6. Choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy (zapalenie, choroba wrzodowa, zgaga, choroba refluksowa przełyku, przepuklina rozworu przełykowego) tak nie nie wiem
- 8.7. Choroby wątroby (żółtaczką zakaźną - typu A, B, C, stłuszczenie, zastój, kamica pęcherzyka, marskość wątroby, wirusowe zapalenie wątroby) tak nie nie wiem
- 8.8. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, niewydolność nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu, stan po przeszczepieniu nerki, dializoterapia) tak nie nie wiem
- 8.9. Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) tak nie nie wiem
- Jeżeli choruje Pani/Pan na cukrzycę jakie leki Pani/Pan zażywa?
- dieta tabletki insulina – ile jednostek?
- 8.10. Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) tak nie nie wiem
- 8.11. Choroby oczu (np. jaskra, zaćma) tak nie nie wiem
- 8.12. Zmiany nastroju (depresja, nerwica) tak nie nie wiem
- 8.13. Choroby układu nerwowego (udar, porażenie, drgawki, bóle głowy, padaczka) tak nie nie wiem
- 8.14. Choroby układu szkieletowo-mięśniowego (bóle korzonkowe, zmiany kręgosłupa, zapalenia stawów, osłabienie mięśni) tak nie nie wiem
- 8.15. Choroby krwi i układu krzepnięcia (skłonność do krwawień, siniaków) tak nie nie wiem
- 8.16. Inne schorzenia nie wymienione powyżej – jakie? tak nie nie wiem
9. Czy zdarzyło się, że kiedykolwiek lek Panu/Pani zaszkodził? tak nie nie wiem
- Jak się nazywał podejrzany lek?.....
 - Kiedy i gdzie to zdarzenie miało miejsce?.....
 - Co się wtedy zdarzyło?.....
 - Czy ten sam lek przyjmowany wcześniej szkodził? tak nie

KLINIKA ANESTEZJOLOGII, INTENSYWNEJ TERAPII I OSTRYCH ZATRUĆ

Imię i nazwisko pacjenta.....

10. Inne uczulenia (katar sienny, uczulenia na pokarmy, plaster, jodynę, lateks) tak nie nie wiem
11. Czy używa Pani/Pan szkieł kontaktowych/aparatu słuchowego? tak nie
12. Czy pali Pani/Pan papierosy? tak nie
Jeśli tak to ile na dobę.....
13. Czy pije Pani/Pan alkohol? regularnie rzadko nie
14. Czy zażywa Pani/Pan środki uspokajające lub nasenne? tak nie
Jakie?.....
15. Czy w ciągu ostatniego czasu przechodziła/przechodził Pani/Pan infekcję? tak nie
Jaką?.....
16. Czy przyjmowała Pani/Pan antybiotyki? tak nie
Jaki?.....
17. Czy ma Pani/Pan ruszające się zęby, protezy zębowe, koronki? tak nie
18. Czy jest Pani w ciąży? tak nie nie wiem nie dotyczy
19. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?..... nie pamiętam

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta*

.....
.....
.....

* Pole musi być wypełnione jeśli brak proszę tak wpisać.

Imię i nazwisko pacjenta.....

BADANIE PRZEDMIOTOWE (wypełnia anesteziolog)

Masa ciała:.....kg	Wzrost.....cm	Ostatni posiłek.(godz.)..... Ostatni napój (godz.).....
ASA: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		Skala Mallampati: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>
Stan świadomości: <input type="checkbox"/> przytomny <input type="checkbox"/> nieprzytomny Układ oddechowy: <input type="checkbox"/> wydolny <input type="checkbox"/> niewydolny <input type="checkbox"/> tlenozależny Szmer płucny: <input type="checkbox"/> symetryczny <input type="checkbox"/> inny..... Układ sercowo-naczyniowy: HR...../min <input type="checkbox"/> miarowy <input type="checkbox"/> niemiarowy RR.....mmHg Szmer nad sercem: <input type="checkbox"/> obecny <input type="checkbox"/> nieobecny MET > 4 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Sinica <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Obrzęki obwodowe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Infekcja: <input type="checkbox"/> brak cech infekcji <input type="checkbox"/> obecna Odchylenia:		<ul style="list-style-type: none">• przewidywane trudne drogi oddechowe TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>• ograniczone otwarcie ust TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>• wystające zęby TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>• mała jama ustna TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>• duży język TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>• mikrognacja TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>• ograniczone przygięcie głowy TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>• ograniczone odgięcie głowy TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>• odległość tarczowo – bródkowa <6 cm TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
		Uwagi.....

BADANIA LABORATORYJNE : sprawdzone w normie nieprawidłowe

.....

brak przy wizycie niewymagane

GRUPA KRWI oznaczona
nieoznaczona

Data, godzina, podpis i pieczęć anesteziologa

Imię i nazwisko pacjenta.....

**OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIE.**

Świadoma zgoda na znieczulenie (proszę podpisać w obecności anestezjologa)

Do zabiegu.....

- Analgosedacja TAK NIE
- Znieczulenie ogólne TAK NIE
- Znieczulenie podpajęczynówkowe TAK NIE
- Znieczulenie zewnątrzoponowe TAK NIE
- Blokada splotu nerwowego lub nerwu TAK NIE

Zastrzeżenia pacjenta co do proponowanego znieczulenia*

.....
.....
.....

* Pole musi być wypełnione jeśli brak proszę tak wpisać.

Oświadczenie pacjentki/pacjenta:

Oświadczam, że informacje o planowanym znieczuleniu i możliwych komplikacjach z niego wynikających, zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz, że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe.

Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania pytań i otrzymałam/em stosowne wyjaśnienie dotyczące moich wątpliwości w sposób przystępny i zrozumiały. Wyjaśniono mi, że w okresie okołoperacyjnym mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają lekarza do zmiany postępowania w sensie zmiany sposobu znieczulenia i konieczności zastosowania dodatkowych działań i zabiegów anestezjologicznych, w tym procedur intensywnej terapii, jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia wynikający z przebiegu operacji, znieczulenia lub moich schorzeń.

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji, które mogą mieć wpływ na leczenie. Wyrażam zgodę na proponowany rodzaj znieczulenia. Zobowiązuję się do postępowania w sposób zgodny z zaleceniami lekarskimi dotyczącymi procedury znieczulenia oraz postępowania po nim. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie, tak co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedoświadczenia lub niedoświadczania.

Imię i nazwisko pacjenta.....

Zgoda pacjentki/pacjenta na znieczulenie:

Zgadzam się bez zastrzeżeń na wykonanie u mnie proponowanego znieczulenia, jak również na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed- i pooperacyjnym oraz wszelkie niezbędne zabiegi towarzyszące znieczuleniu (infuzje płynów, wkłucia, wentylacja, założenie sondy żołądkowej, cewnika do pęcherza moczowego i in.).

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu znieczulenia w niezbędnym zakresie, zgodnie z aktualnymi zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu chorobowego czy terapeutycznego lub czasie zabiegu i znieczulenia zaistnieją niespodziewane okoliczności. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam świadomą zgodę na uzasadnione medycznie, niezbędne dla mojego dobra, rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (leczenie krążeniowe, założenie centralnego dostępu żylnego i in.), jeśli w okresie okołoperacyjnym zajdą okoliczności wymagające takiego postępowania.

Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia. Wyrażam zgodę na ewentualną, konieczną transfuzję krwi i preparatów krwiopochodnych. Tekst powyższy przeczytałem/łam (został mi przeczytany) i zrozumiałem/łam. Pytań ani wątpliwości nie mam. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałam/em wystarczającą ilość czasu.

Czytelny podpis pacjenta Data

Podpis przedstawiciela ustawowego..... Data

Świadoma zgoda niemożliwa do uzyskania, konieczne jest wykonanie znieczulenia do zabiegu ratującego życie.

.....
Podpis i pieczętka anestezjologa, data, godzina

Oświadczenie lekarza:

Pacjentka/pacjent została/został poinformowany o planowanym znieczuleniu, przedstawiono informacje dotyczące znieczulenia, cel oraz sposób w jaki jest wykonywane, a także sposób przygotowania i postępowania po znieczuleniu. Omówiono alternatywne możliwości. Zapoznano pacjentkę/pacjenta z możliwością zaistnienia powikłań oraz ryzykiem wynikającym ze znieczulenia. Pacjentka/pacjent miała/miał możliwość zadawania pytań i udzielono jej/jemu wszelkich informacji.

Data, Podpis i pieczętka lekarza anestezjologa

.....

NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZEPROWADZENIE PROPONOWANEGO ZNIECZULENIA.

ZOSTAŁAM POINFORMOWANA/ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O MOŻLIWYCH NEGATYWNYCH KONSEKWENCJACH TAKIEJ DECYZJI DLA MOJEGO ZDROWIA I ŻYCIA.

Czytelny podpis pacjenta Data

Podpis przedstawiciela ustawowego..... Data.....

Imię i nazwisko pacjenta.....

Oświadczenie lekarza:

Oświadczam, że poinformowałem pacjentkę/pacjenta o możliwych negatywnych następstwach odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie znieczulenia. Przedstawiono także wskazane poniżej możliwe powikłania oraz ryzyko wynikające z rezygnacji z przeprowadzenia znieczulenia.

.....
.....
.....

Podpis i pieczętka lekarza anestezjologa..... **Data**