ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA
PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

PESEL										

Data urodzenia*..... nr ks. gł. ……..……

Imię i nazwisko:

Dane osób uprawnionych do wyrażenia zgody: opiekun prawny / przedstawiciel ustawowy

Imię i nazwisko:

PESEL										

Data urodzenia*.....

Rozpoznanie przedoperacyjne:

***Jeśli nie ma PESEL**

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

<u>Powikłania znieczulenia ogólnego:</u>

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, nietolerancja 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 tego ciężka niewydolność oddechowa, zapalenie płuc, odma opłucnowa), wstrząs uczuleniowy i inne poważne reakcje alergiczne, poważne reakcje poprzetoczeniowe, nietypowe reakcje na leki anestezjologiczne (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 anestezjologicznych 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, itp.

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 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.

<u>Powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego/zewnątrzoponowego:</u>

- ⇒ 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%),
- ⇒ 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 znieczuleń: krwiak 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 DOŻYLNE, NASIĘKOWE I IN.

Polega na podaniu leku znieczulającego miejscowo w okolicę wybranych nerwów, w pobliże 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.

Imię i nazwisko pacjenta……..

Powikłania znieczulenia regionalnego:

⇒ uszkodzenie naczynia krwionośnego i krwiak w miejscu wkłucia,
⇒ uszkodzenie nerwów i parestezje (przemijające drętwienie lub bardzo rzadko przetrwałe),
⇒ przedawkowanie leków znieczulenia miejscowego,
⇒ zakażenie w miejscu nakłucia.

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 bezwzględnego bezruchu pacjenta, co osiąga się stosując leki zwiotczające 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.

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-ciokrotnie.

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, alergia, ciąża, wiek, 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 osiągnie się stabilizację najważniejszych parametrów życiowych chorego.

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 pooperacyjne- dezorientacja 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.

Imię i nazwisko pacjenta…….

<u>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</u>.

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, zaburzenia rytmu) □ tak □ nie □ nie wiem
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 (miażdżyca, żylaki, niedokrwienie kończyn, zapalenie żył, zakrzepica) □ tak □ nie □ nie wiem

8.4. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, pylica, rozedma) □ tak □ nie □ nie wiem

Imię i nazwisko pacjenta…….

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 (żółtaczka zakaźna - 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

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

Imię i nazwisko pacjenta…….

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 antybiotyk? □ 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 anestezjolog)

Masa ciała:……kg	Wzrost ……..cm	Ostatni posiłek.(godz.)……. Ostatni napój (godz.)……
ASA: □ I □ II □ III □ IV □ V □ E		**Skala Mallampati: I □ II □ III □ IV □**

Stan świadomości: □ przytomny
□ nieprzytomny
Układ oddechowy: □ wydolny □ niewydolny
□ tlenozależny

Szmer pęcherzykowy: □ symetryczny
□ inny……

Układ sercowo-naczyniowy:
HR…...../min □ miarowy □ niemiarowy
RR…….mmHg
Szmer nad sercem: □ obecny □ nieobecny
MET > 4 □ tak □ nie
Sinica □ tak □ nie
Obrzęki obwodowe □ tak □ nie
Infekcja: □ brak cech infekcji □ obecna
Odchylenia:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

- przewidywane trudne drogi oddechowe TAK □ NIE □
- ograniczone otwarcie ust TAK □ NIE □
- wystające zęby TAK □ NIE □
- mała jama ustna TAK □ NIE □
- duży język TAK □ NIE □
- mikrognacja TAK □ NIE □
- ograniczone przygięcie głowy TAK □ NIE □
- ograniczone odgięcie głowy TAK □ NIE □
- odległość tarczowo – bródkowa <6 cm TAK □ NIE □

Uwagi.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BADANIA LABORATORYJNE : sprawdzone □ w normie □ nieprawidłowe □ ……..……

brak przy wizycie □ niewymagane □

GRUPA KRWI oznaczona □ ……..
nieoznaczona □

Data, godzina, podpis i pieczątka anestezjologa …….

Imię i nazwisko pacjenta…….

OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA

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.

Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia
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 miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia moich wątpliwości w sposób przystępny i zrozumiały.
Wyjaśniono mi, że w okresie okołooperacyjnym 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, iż informacji o moim stanie zdrowia udzieliłem według mojej najlepszej wiedzy. Wyrażam zgodę na proponowany rodzaj znieczulenia. Zobowiązuję się do postępowania w sposób zgodny z zaleceniami lekarskimi dotyczącymi procedury znieczulenia oraz postępowania po nim.
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 w czasie zabiegu i znieczulenia, gdy zaistnieją niespodziewane okoliczności.
Wyrażam świadomą zgodę na uzasadnione medycznie, konieczne dla mojego dobra, rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (leczenie krążeniowe, założenie centralnego dostępu żylnego i in.), które okażą się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.
Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.

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 .....

Imię i nazwisko pacjenta……..

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

Podpis i pieczątka lekarza anestezjologa …… Data i godzina .....

***Oświadczenie lekarza**:*
Oświadczam, że poinformowałem pacjenta o planowanym znieczuleniu, przedstawiłem informacje dotyczące znieczulenia, opisałem cel wykonania oraz sposób, w jaki jest wykonywany a także sposób przygotowania i postępowania po znieczuleniu, a także przedstawiłem alternatywne możliwości. Przedstawiłem także przeciwwskazania, możliwe powikłania oraz ryzyka wynikające ze znieczulenia. Umożliwiłem pacjentowi zadawanie pytań i udzieliłem wszelkich potrzebnych informacji.

Podpis i pieczątka lekarza anestezjologa …… Data .....

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.....

***Oświadczenie lekarza**:*
Oświadczam, że poinformowałem pacjenta o możliwych negatywnych następstwach odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie znieczulenia. Przedstawiłem także wskazane poniżej możliwe powikłania oraz ryzyka wynikające z rezygnacji z przeprowadzenia znieczulenia. Wskazałem możliwe leczenie zachowawcze.
……
……
……

Podpis i pieczątka lekarza …… Data .....

Miejsce kwalifikacji - Poradnia anestezjologiczna Data: ……/……/……r.	Miejsce kwalifikacji – Klinika/ Oddział Data: ……/……/……r.
…… Podpis lekarza – anestezjologa	□ Potwierdzam prawdziwość danych i kwalifikację do znieczulenia.* □ Potwierdzam wyniki badań. * □ Kwalifikuję do znieczulenia …… Podpis lekarza – anestezjologa *w przypadku wcześniejszej kwalifikacji w Poradni Anestezjologicznej