

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI/PACJENTA

PESEL

INFORMACJA O ZNIECZULENIU

Zespół anestezyjologiczny odpowiada za bezpieczeństwo pacjenta podczas znieczulenia w trakcie operacji. Zapewnia monitorowanie parametrów życiowych, stosuje odpowiednie procedury medyczne w celu zniesienia bólu i zapewnienia komfortu. Podczas konsultacji przedoperacyjnej lekarz anestezjolog określa właściwy rodzaj znieczulenia.

Znieczulenie ogólne (potocznie zwane narkozą) to w pełni kontrolowane i odwracalne zniesienie świadomości i pamięci - podobne do głębokiego snu - oraz odczuwania bólu, odruchów i/lub zwiótczenie mięśni. Znieczulenie ogólne polega na podaniu odpowiednich leków drogą dożylną lub wziewną. W zależności od rodzaju procedury chirurgicznej oraz stanu pacjenta anestezjolog wybiera odpowiednią metodę oddechu wspomaganego lub zastępczego.

Do niektórych krótkich zabiegów i badań, stosuje się wariant znieczulenia ogólnego w trakcie którego pacjent oddycha samodzielnie, otrzymuje tlen podawany przez maskę lub cewnik donosowy. Celem tego znieczulenia jest redukcja/zniesienie bólu i stresu związanego z procedurą oraz umożliwienie bezpiecznego przeprowadzenia badania/zabiegu. Pacjent może zachować częściowe wspomnienia jego przebiegu.

Rozumiem, że bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia ogólnego wymaga ode mnie pełnej współpracy z personelem medycznym oraz podporządkowywania się zaleceniom lekarskim w okresie okołoperacyjnym.

Częścią procedury znieczulenia ogólnego, są inne, niezbędne czynności medyczne tj.: *kaniulacja naczynia żylnego, tlenoterapia bierna, podaż płynów, podaż niezbędnych leków*, oraz stosowanie technik pozwalających na utrzymanie drożności dróg oddechowych (*zastosowanie maski krtaniowej, intubacja tchawicy, prowadzenie wentylacji zastępczej*).

Rozumiem, że w niektórych sytuacjach bezpieczne prowadzenie znieczulenia ogólnego podczas procedury chirurgicznej, może wymagać zaawansowanych czynności medycznych takich jak:

przetaczanie preparatów krwi, kaniulacja tętnicy, kaniulacja żyły centralnej, cewnikowanie pęcherza moczowego, założenie sondy do żołądka, przyrządowe udrażnianie dróg oddechowych, czynności resuscytacyjne, leczenie w Oddziale Intensywnej Terapii, transport do innej placówki medycznej i wyrażam zgodę na takie niezbędne czynności.

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych i dających się przewidzieć działaniach niepożądanych lub powikłaniach znieczulenia ogólnego:

- Częstych (około 1:100 przypadków): ból gardła, chrypka, kaszel, nudności, wymioty, zawroty głowy, bóle głowy, drobne uszkodzenia np. warg, zadrapanie, krwiak w miejscu wkłucia dożylnego.
- Rzadkich (1:1000-10000 przypadków): reakcja alergiczna na leki lub inne nieprzewidywalne reakcje organizmu na środki znieczulenia ogólnego, wybudzenie śródoperacyjne, uszkodzenia nerwów wywołane ułożeniem na stole operacyjnym, uszkodzenie zębów, uszkodzenie krtani, powikłania sercowo-naczyniowe (obniżenie ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca, zawał serca), zachłyśnięcie.
- Bardzo rzadkich (rzadziej niż 1:100 000 lub 1:1 000 000): uszkodzenie wątroby lub nerek w wyniku działania środków anestezyjologicznych lub powikłań krążeniowych, powikłania oddechowe – niedotlenienie, nagłe zatrzymanie krążenia.

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

Wyrażam zgodę na niezbędne czynności medyczne towarzyszące procedurze znieczulenia ogólnego (*kaniulacja naczynia żylnego, podaż płynów, podaż niezbędnych leków*).

W sytuacji wystąpienia bezpośredniego stanu zagrożenia mojego życia wyrażam zgodę na niezbędne czynności medyczne takie jak:

przetaczanie preparatów krwi, kaniulacja tętnicy, kaniulacja żyły centralnej, cewnikowanie pęcherza moczowego, założenie sondy do żołądka, przyrządowe udrażnianie dróg oddechowych – intubacja, czynności resuscytacyjne, leczenie w Oddziale Intensywnej Terapii, transport do innej placówki medycznej.

Oświadczam, że powyższy formularz ŚWIADOMEJ ZGODY przeczytałam/em, zrozumiałam/em i akceptuję.

Udzielono mi zrozumiałych, jasnych i satysfakcjonujących odpowiedzi. Nie mam więcej pytań. Wyrażam świadomą zgodę na znieczulenie ogólne.

.....
DATA

.....
PODPIS PACJENTA/KI LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Nie wyrażam zgody na następujące czynności medyczne:

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

.....
DATA

.....
PODPIS PACJENTA/KI LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

BADANIE I KWALIFIKACJA LEKARZA ANESTEZJOLOGA

Pacjentka/Pacjent zbadana/y, zakwalifikowana/y do znieczulenia ogólnego. Kwalifikacja na podstawie bezpośredniego badania lekarskiego, przedoperacyjnej ankiety anestezjologicznej Pacjenta/Pacjentki i dodatkowego wywiadu ustnego.

ASA 1 2 3 4 5 E

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

Pacjentka/Pacjent zdyskwalifikowany z powodu:

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

.....
DATA

.....
PODPIS, PIECZĄTKA LEKARZA ANESTEZJOLOGA