

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Druh výkonu:

Anestezie :

celková:

regionální:

Analgesedace:

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, paciente, bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby: Anestezie a analgesedace jsou postupy, které umožní bezbolestný průběh operačního výkonu, klinického vyšetření, ambulantních výkonů a zdravotních zákroků. Anestezii podává lékař anesteziolog, který zvolí typ anestezie nebo analgesedace podle typu operačního výkonu či jiného lékařského zásahu, který budete podstupovat.

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby: Celková anestezie je stav celkového znecitlivění s řízenou ztrátou vědomí a potlačenou reflexní odpovědí na bolest. Regionální anestezie je znecitlivění jen části Vašeho těla, na které bude prováděn operační výkon. Analgesedace je stav útlumu vnímání bolesti a vědomí, ze kterého je pacient probuditelný velmi silným podnětem. Úplná ztráta vědomí není při analgesedaci podmínkou.

Možná rizika spojená s podáním anestezie nebo analgesedace: Zatížení srdce a krevního oběhu, celková slabost, bolesti hlavy a svalů, pocity na zvracení, nevolnost. Je možnost alergické či atypické reakce na podávané léky. Hrozí poškození chrupu při zajištění dýchacích cest u celkové anestezie. Hrozí zvýšená únavnost, poruchy paměti, soustředění a koordinace pohybů, závratě. Hrozí léky vyvolaná porucha dechu či srdeční činnosti. Hrozí přetrvávající neurologické postižení a obtíže v souvislosti s podáním regionální anestezie. Výskyt komplikací přímo souvisí s podávanou anestézií a s délkou a charakterem vyšetření nebo operačního výkonu, kvůli kterému se anestezie nebo analgesedace podává.

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ anestezie nebo analgesedace Vám podá Váš ošetřující lékař a poté i lékař- anesteziolog během předoperačního vyšetření a pohovoru. Tyto možnosti přímo souvisí s charakterem plánovaného zdravotního zákroku.

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu:

Před provedením anestezie (i regionální) a analgesedací od půlnoci předchozího dne nejezte, nepijte, nekuřte.

24 hodin po provedení anestezie nebo analgesedace musíte být pod dohledem dospělé osoby, nesmíte se aktivně účastnit dopravního provozu-řídít motorová či jiná vozidla, obsluhovat stroje či jiná zařízení. 24 hodin nesmíte pít alkohol, přijímat psychotropní látky, kouřit.

24 hodin po absolvování anestezie nečiňte právní rozhodnutí a nepodepisujte právní dokumenty.

Vždy upozorněte lékaře anesteziologa, pokud trpíte vážnou chorobou, alergií, nebo pravidelně užíváte nějaké léky. Vždy upozorněte lékaře anesteziologa, pokud jste měli jakékoli problémy či komplikace při minulé anestezii nebo analgosedaci.

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Po ambulantních výkonech v krátkodobé celkové anestezii nebo analgosedaci si zajistěte doprovod dospělé osoby k odchodu domů.

Prohlašuji,

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,

- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,

- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,

- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Další poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:.....

Datum:.....

Podpis lékaře: