



N

ŚWIADOMA ZGODA NA KRÓTKOTRWAŁE ZNIECZULENIE DOŻYLNIE

Nazwisko i imię/imiona pacjenta: *zaczytywane przez system*

PESEL: *zaczytywane przez system*

Nr. w WG: *zaczytywane przez system*

Nazwisko i imię/imiona przedstawiciela ustawowego:

I. Informacje na temat wykonywanego znieczulenia

Znieczulenie dożylne polega na krótkotrwałym wprowadzeniu pacjenta w stan głębokiego uśpienia. Osiąga się to poprzez dożylne podanie leków nasennych i ewentualnie narkotycznych leków przeciwbólowych po uprzedniej kaniulacji naczynia obwodowego.

W trakcie znieczulenia pacjent nie odczuwa bólu, a jego świadomość zostaje wyłączona.

Podczas całego znieczulenia pacjent znajduje się pod stałym nadzorem lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej.

Prowadzona jest tlenoterapia bierna, ciągłe monitorowanie pracy serca, oddechu, ciśnienia tętniczego.

Pacjent powinien powstrzymać się od spożywania pokarmów stałych przez 6 godzin i spożywania klarownych płynów przez 2 godziny przed rozpoczęciem znieczulenia.

Po znieczuleniu pacjent powinien być pod nadzorem personelu oddziału macierzystego.

W przypadku hospitalizacji jednodniowej, gdy stan pacjenta na to pozwala może opuścić oddział pod opieką osoby dorosłej.

Nie wolno prowadzić pojazdów, ani obsługiwać urządzeń technicznych wymagających pełnej sprawności psychofizycznej przez 24 godziny od znieczulenia.

II. Cel zabiegu

Wykonywanie zabiegów i procedur diagnostycznych, które nie wymagają znieczulenia ogólnego.

III. Możliwe powikłania

- rozszerzenie znieczulenia do znieczulenia ogólnego
- otarcia rogówki
- depresja oddechowa
- hipotonia (spadek ciśnienia)
- bradykardia (zwolnienie pracy serca)
- zaburzenia rytmu
- wszystkie rodzaje alergii ze skurczem oskrzeli i wstrząsem włącznie
- zachłyśnięcie
- w wyjątkowych sytuacjach może wystąpić zatrzymanie krążenia i zgon

IV. Odległe skutki zabiegu

- zachyłstowe zapalenie płuc
- w przypadku wstrząsu lub zatrzymania krążenia, niedotlenienie mózgu i/lub zgon



ŚWIADOMA ZGODA NA KRÓTKOTRWAŁE ZNIECZULENIE DOŻYLNIE

N Nazwisko i imię/imiona pacjenta: *zaczytywane przez system*
PESEL: *zaczytywane przez system*

V. Alternatywne sposoby postępowania
W zależności od rodzaju zabiegu lub procedury – inne formy znieczulenia
VI. Skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego sposobu leczenia
<ul style="list-style-type: none"> • wybór innej formy znieczulenia • brak możliwości wykonania danej procedury

Oświadczam, że pacjent nie jest zdolny do podpisania świadomej zgody na krótkotrwałe znieczulenie dożylnie.

Uzasadnienie:.....
.....
.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

II. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem/łam¹ się z treścią formularza i zrozumiałem/łam¹ informacje dotyczące w formularzu i przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem.
- 2) Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi.
- 3) Znane mi są możliwe reakcje niepożądane (powikłania) związane z a także skutki uboczne związane z zaniechaniem tego leczenia.
- 4) Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam¹ istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób
- 5) Wyrażam zgodę na uzasadnione rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (przetaczanie dożylnie płynów, transfuzję krwi i preparatów krwipochodnych, dodatkowe wkłucie dożylnie, leczenie krążeniowe i oddechowe) jak również zmianę rodzaju znieczulenia. Po podjęciu samodzielnej świadomej decyzji wyrażam zgodę na znieczulenie do zabiegu.
- 6) Przekazano mi również informację o możliwości wycofania zgody w każdej chwili.

.....
data

.....
Podpis pacjenta lub dziecka
powyżej 16 r.ż

.....
Podpis przedstawiciela
ustawowego



ŚWIADOMA ZGODA NA KRÓTKOTRWAŁE ZNIECZULENIE DOŻYLNIE

N

Nazwisko i imię/imiiona pacjenta: *zaczytywane przez system*

PESEL: *zaczytywane przez system*

Odgęcie głowy	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> ograniczone
Odl. tarczowo-bródkowa	<input type="checkbox"/> < 6cm <input type="checkbox"/> 6cm <input type="checkbox"/> > 6cm
ASA	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI
Tryb zabiegu	<input type="checkbox"/> planowy <input type="checkbox"/> przyspieszony <input type="checkbox"/> pilny <input type="checkbox"/> natychmiastowy
Zalecenia	
Uwagi	

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza anestezjologa