



## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO

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. Opis zabiegu

Znieczulenie zewnątrzoponowe jest rodzajem znieczulenia regionalnego. Polega na wprowadzeniu cienkiego cewnika do przestrzeni zewnątrzoponowej w kanale kręgowym wewnątrz kręgosłupa.

Przed założeniem cewnika zostaje założone wkłucie do żyły obwodowej i stosowana jest płynoterapia dożylna. Następnie po ułożeniu na boku lub w pozycji siedzącej, należy wygiąć plecy w łuk, tak aby wyrostki kolczyste kręgosłupa lędźwiowego rozsunęły się, umożliwiając zlokalizowanie odpowiedniej przestrzeni. Lekarz Anestezjolog wykorzystując punkty anatomiczne na plecach znajduje odpowiednie miejsce do wykonania punkcji. Następnie dezynfekuje skórę na plecach i przez cienką igłę podaje środek znieczulający skórę. W kolejnym kroku wprowadza odpowiednią igłę pomiędzy kręgi aż do nakłucia przestrzeni zewnątrzoponowej. Po identyfikacji przestrzeni, wprowadza się cewnik przez który będą podawane leki.

Początek działania znieczulenia rozpoczyna się po około 15-20 min od podania środków znieczulających pacjent może początkowo odczuwać ciepło lub mrowienie w dolnej połowie ciała. Po wykonaniu znieczulenia pacjenta układa się w pozycji leżącej celem odpowiedniego rozprzestrzeniania się leków. W trakcie trwania zabiegu, jak również po operacji celem leczenia przeciwbólowego możliwe jest wielokrotne podawanie leków znieczulających przez cewnik znajdujący się w przestrzeni zewnątrzoponowej. Do określania natężenia bólu wykorzystywana będzie skala numeryczna (NRS), w której natężenie bólu określa się w 11- stopniowej skali, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 najsilniejszy ból.

### II. Cel zabiegu i oczekiwane korzyści

- znieczulenie do zabiegu operacyjnego
- leczenie przeciwbólowe

### III. Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego

- brak zgody pacjenta
- brak współpracy ze strony pacjenta
- zaburzenia krzepnięcia
- zakażenie skóry w okolicy lędźwiowej
- tatuaż w miejscu wkłucia (wymaga indywidualnej oceny)
- alergia na leki znieczulenia miejscowego
- schorzenia neurologiczne
- schorzenia układu krążenia
- hipowolemia
- deformacje i choroby kręgosłupa
- zmiany bliznowate w okolicy lędźwiowej





## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO

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

PESEL: *zaczytywane przez system*

- trudności techniczne
- silne bóle głowy i kręgosłupa w wywiadzie
- masywne obrzęki w okolicy lędźwiowej

### IV. Możliwe powikłania znieczulenia zewnątrzoponowego

- hipotensja (spadek ciśnienia tętniczego krwi)
- bradykardia (zwolnienie akcji serca)
- nudności i wymioty
- bóle głowy
- bóle dolnego odcinka kręgosłupa
- uszkodzenie rdzenia i gałęzi rdzeniowych, co skutkuje zaburzeniami czucia i wystąpieniem niedowładów kończyn dolnych
- krwiak przestrzeni zaotrzewnowej (włącznie z koniecznością interwencji neurochirurgicznej)
- niezamierzone uszkodzenie igły lub cewnika (włącznie z koniecznością interwencji neurochirurgicznej)
- reakcje uczuleniowe o różnym nasileniu ze wstrząsem włącznie
- zatrzymanie moczu
- świąd skóry po podaniu leków opioidowych do przestrzeni zewnątrzoponowej
- zapalenie opon mózgowo rdzeniowych
- brak lub niedostateczny poziom blokady w poszczególnych segmentach (zw. znieczulenie w łaty)
- zbyt wysoki poziom blokady
- niezamierzone nakłucie opony twardej i związane z tym popunkcyjne bóle głowy (trwają od kilku dni do kilku tygodni i wymagają leżenia, płynoterapii, rzadko wykonania „łaty”, z krwi własnej pacjenta; powikłanie to związane jest z obrzękami w okolicy lędźwiowej, trudnościami w ułożeniu pacjenta, niespodziewanym ruchami
- niezamierzone podanie leków do przestrzeni podpajęczynówkowej (niezamierzona penetracja cewnika do przestrzeni podpajęczynówkowej); efektem jest całkowita blokada podpajęczynówkowa (gwałtowne porażenie kończyn górnych i dolnych, trudności z mówieniem, połykaniem, oddychaniem, utrata przytomności, zatrzymanie krążenia i zgon)
- niezamierzone donaczyniowe podanie leków (efektem jest gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego, drgawki, utrata przytomności, zatrzymanie krążenia, zgon).

Po zakończeniu procedury cewnik służący do podaży leków zostanie usunięty przez anestezjologa, a leczenie przeciwbólowe będzie kontynuowane drogą doustną.

### V. Odległe skutki znieczulenia zewnątrzoponowego

- zakażenie
- zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych
- ropień kanału kręgowego
- bóle pleców
- bóle głowy
- porażenia i niedowład



## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO

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

PESEL: *zaczytywane przez system*

### VI. Alternatywne sposoby postępowania i skutki odmowy

1. Pozostałe formy znieczulenia- znieczulenie ogólne i podpajęczynówkowe przy braku przeciwwskazań.
2. Leczenie przeciwbólowe - pozostałe metody farmakologiczne dożylnie, podjęzykowe, przy braku przeciwwskazań doustne.

**Oświadczam, że pacjent nie jest zdolny do podpisania świadomej zgody na wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego.**

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

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza

### II. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem/łam<sup>1</sup> się z treścią formularza i zrozumiałem/łam<sup>1</sup> 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/łam<sup>1</sup> istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.
- 5) Wyrażam zgodę na uzasadnione rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego (przetaczanie dożylnie płynów, transfuzję krwi i preparatów krwipochodnych, dodatkowe wkłucie dożylnie, leczenie



## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO

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

PESEL: *zaczytywane przez system*

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
---------------	--	---

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że **WYRAŻAM DOBROWOLNIE ZGODE** na wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego.

..... data	..... Podpis pacjenta lub dziecka powyżej 16 r.ż	..... Podpis przedstawiciela ustawowego
---------------	--	---

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że **NIE WYRAŻAM ZGODY** na wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego, jednocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego<sup>1</sup> odmowy wyrażenia zgody na proponowane leczenie:

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

..... data	..... Podpis pacjenta lub dziecka powyżej 16 r.ż	..... Podpis przedstawiciela ustawowego
---------------	--	---

<sup>1</sup>Niepotrzebne skreślić

**KWALIFIKACJA ANESTEZJOLOGICZNA**



## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO

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

PESEL: *zaczytywane przez system*

<b>Serce</b>	<input type="checkbox"/> akcja miarowa <input type="checkbox"/> akcja niemiaraowa <input type="checkbox"/> HR..... <input type="checkbox"/> RR...../.....
<b>Płuca</b>	<input type="checkbox"/> szmer pęcherzykowy <input type="checkbox"/> szmer patologiczny <input type="checkbox"/> fenomeny
<b>Uzębienie</b>	<input type="checkbox"/> pełnie <input type="checkbox"/> ubytki <input type="checkbox"/> proteza
<b>Mallampatii</b>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
<b>Odgięcie głowy</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> ograniczone
<b>Odł. tarczowo-bródkowa</b>	<input type="checkbox"/> < 6cm <input type="checkbox"/> 6cm <input type="checkbox"/> > 6cm
<b>Badania</b>	<input type="checkbox"/> morfologia <input type="checkbox"/> układ krzepnięcia <input type="checkbox"/> elektrolity <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> RTG-klp
<b>ASA</b>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza anestezjologa

