

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s podáním anestézie v souvislosti s vyšetřením nebo operačním zákrokem

Pacient: r.č.

Lékař-anesteziolog:

Místo hospitalizace (oddělení):

Vyplní lékař:

Typ anestézie / sedace:

Celková anestézie Sedace Spinální anestézie Epidurální anestézie Jiná svodná anestézie

Prohlašuji, že jsem seznámil pacienta(ku) (zákonného zástupce) se způsobem plánování anestézie / sedace, který přichází v souvislosti s léčebným, případně diagnostickým postupem v úvahu. Rovněž jsem pacienta(ku) seznámil s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně i těch nejzávažnějších:

- Běžná rizika celkové anestézie: bolest v krku, chrapot, pooperační nevolnost až zvracení, bolesti svalů, poranění cév, zubů, dýchacích cest.
- Běžná rizika svodné anestézie: poranění cév, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, alergická reakce na anestetikum, bolesti hlavy, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, zadržení moče.
- Informace a poučení o možných komplikacích kombinací dlouhodobě užívaných léků či jiných látek s anestetiky.

Pacient(ka) (zákonný zástupce pacienta):

- Přečtěte si laskavě pozorně text tohoto listu.
- Pokud jste plně nerozuměl(a) lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, pacient (zákonný zástupce):

Prohlašuji, že jsem textu poučení porozuměl(a) a byl(a) jsem lékařem srozumitelně informován(a) o povaze a postupu anestézie, byl(a) jsem též informován(a) o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu.

Dále mne informující lékař seznámil s možnými alternativami i s důsledky anestézie.

Měl(a) jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny a odpovédím jsem rozuměl(a).

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným druhem anestézie / sedace
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměn(a) s tím, že:

- uvedený typ anestézie / sedace nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval, či mne informoval.

V Rakovníku dne

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: Datum narození: Vztah k pacientovi: