

Oddělení anesteziologie a resuscitace Vysokomýtské nemocnice

Vážená paní, vážený pane,

byl(a) jste objednan k operačnímu výkonu. V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znečítlivění, které zajišťuje odborný lékař – anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestezii nebo v místním znečítlivění.

Celková anestezie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znečítlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí a nebo pouze v lehkém bezvědomí. Při místním znečítlivění je bezbolestnost zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla, místo vpichu při místním znečítlivění může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná a navrhne nejvhodnější postup anestezie pro daný výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestezie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám velmi rádi odpovíme na všechny dotazy, týkající se anestezie, operace a pooperačního období.

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

1. Já,, souhlasím s poskytnutí anestezie pro plánovaný léčebný diagnostický výkon

Celková anestezie spinální anestezie Epidurální Jiná svobodná anestezie

2. Byl(a) jsem seznámen(a) s typem anestezie, která bude poskytnuta a souhlasím s navrženým postupem.

3. Byl(a) jsem informován(a), že bez ohledu na použitý typ anestezie může dojít k bezprostředním období po anestezii ojedinele k obtížím přechodného rázu (např. nevolnost a zvracení)

4. Byl(a) jsem informován(a), že léky či jiné léky, které užívám mohou ovlivnit průběh anestezie a že je nutné informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.

5. Byl(a) jsem informován(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat změnu postupu anesteziologa v porovnání s navrženým typem anestezie. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech nezbytných opatření k záchraně zdraví nebo života.

6. Souhlasím s podáním krve a nebo krevních přípravků, jestliže budou nezbytné během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že ve velmi výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfúze krve a nebo krevních přípravků (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).

7. Byl(a) jsem seznámen(a) s možností vzniku výjimečně se vyskytujících závažných a naprosto ojedinele i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozumně(a) jeho obsahu a souhlasím s navrženým typem anestezie:

Celková anestezie spinální anestezie Epidurální Jiná svobodná anestezie

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

Podpis pacienta a zákonného zástupce:

Prohlášení lékaře:

Já, MUDr..... potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestezie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestezie.

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

DOTAZNÍK PŘED ANESTÉZIÍ

Jméno pacienta: rodné číslo:

1. Věk výška (cm) váha (kg) povolání

- | | | |
|---------------|-----------------------------|---|
| pěstují sport | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a jaký |
| kouřím | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a kolik cigaret za den |
| piji alkohol | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a kolik denně |
| jsem těhotná | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a sice vtěhotenství |

2. užívám pravidelné léky ne ano a jaké
(též antikoncepční přípravky a acylpyrin)

3. prodělal(a) jsem operace ne ano, jaké a kdy

4. problémy při předešlé narkóze ne ano a jaké

5. jsem trvale nebo občas v lékař.ošetření ne ano a proč

6. dostal(a) jsem transfúzi krve ne ano, komplikace

7. nosím zubní protézu ne ano
mám špatné nebo volné zuby ne ano

8. snáším špatně ovoce, sladkosti ne ano, problémy

9. snáším špatně kávu ne ano, problémy

10. mám alergii ne ano a na co

11. nesnáším určité léky ne ano a jaké

12. mám nebo prodělal(a) jsem některé z následujících onemocnění:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|---|
| a) srdce | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| b) krevního oběhu (vč.krev.tlaku) | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| c) cév | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| d) plic | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| e) jater | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| f) ledvin a prostaty | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| g) látková výměna (dna,cukrovka) | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| i) štítné žlázy | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| j) kostí, kloubů, páteře | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| k) neurologické onemocnění | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| l) psychiatrické onemocnění | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| m) oční (šedý a zelený zákal) | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| n) nádorové onemocnění | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano, kterého orgánu..... |
| o) krve | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| p) krvácení, časté modřiny | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano, odkud |

13. můj pokrevní příbuzný má (měl):

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|--|
| svalové onemocnění | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| onemocnění krve | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |
| příhodu při narkóze | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano a které |



POUČENÍ O AMBULANTNÍ ANESTÉZII

Pacient(ka)
Jméno a příjmení

RČ

V době 24 hodin po anestézii:

1. nebudu řídit motorová vozidla a obsluhovat stroje s motorovým pohonem
2. nebudu požívat alkoholické nápoje
3. nebudu užívat jiné léky proti bolesti a na spaní, než ty které doporučil ošetřující lékař
4. nebudu činit právně závazná rozhodnutí
5. odjedu z nemocnice domů v doprovodu
6. mám zajištěn dohled dospělé osoby 24 hodin po anestézii

Dne:

Podpis pacienta:

