

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA **S CELKOVOU NITROŽILNÍ ANESTEZIÍ**



Společnost pro poskytování anesteziologických služeb
Chlupáčová 1176/10
Praha 152 00
IČ : 09544577
anesthesia@medkontakt.cz
jednatel : MUDr. Milan Hrobský

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Adresa:

Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu – nitrožilní anestezie:

Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaného prospěchu a následcích:

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze, účelu a průběhu anesteziologické péče a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas. Vámi poskytnuté informace podléhají povinné mlčenlivosti.

Je naším cílem, aby výkon byl co nejméně zatěžující a bolestivý. Členem ošetřujícího týmu je proto odborný lékař – anesteziolog, který má tuto problematiku na starosti. Jeho úkolem je připravit Vás co nejlépe k plánovanému výkonu a co nejbezpečněji Vás přes něj provést. S anesteziologem se setkáte před vlastním výkonem.

Během výkonu bude Váš stav trvale klinicky i přístrojově sledován. Získané údaje budou průběžně vyhodnocovány a zaznamenávány. O průběhu anesteziologické péče je vždy veden písemný protokol. Po vlastním výkonu následuje období poanestetické péče, které slouží k Vašemu bezpečnému zotavení se z anestezie.

Rizika zdravotního výkonu:

Bezpečnost je prioritním cílem anesteziologické péče. Přesto nelze zcela vyloučit vznik komplikací, které mohou v extrémním případě i ohrozit život pacienta nebo způsobit smrt. Četnost úmrtí v souvislosti a anesteziologickou péčí je 0,5-0,9 úmrtí na 10 000 anestezií. Nejlepší prevencí komplikací je dobrá spolupráce s anesteziologem a dodržování všech pokynů.

Nejdůležitějšími komplikacemi jsou:

CELKOVÁ ANESTEZIE – časté: nevolnost nebo zvracení po výkonu, pocit škrábání v krku, prodloužené zotavení z anestezie, přechodná či dlouhodobá porucha rozumových funkcí; vzácné: poranění zubů, zachovalé vědomí během anestezie, alergická reakce, poškození hlasivek spojené se změnou či ztrátou hlasu či nutností trvalého chirurgického vyvedení dýchacích cest na krku, trvalé závažné poškození neurologického stavu.

ZAVEDENÍ ŽILNÍ KANYLY – časté: mírná bolest během vpichu, hematoma (modřina) kolem kanyly; vzácné: infekce, zánět nebo trombóza žíly.

Individuální rizika pacienta:

Alternativy zdravotního výkonu:

Anesteziolog Vám doporučí nejvhodnější formu anesteziologické péče. Ne ke všem postupům existuje alternativa.

Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

V den výkonu je nutné odložit veškeré snímatelné ozdoby (prsteny, řetízky, náramky, piercing), stejně jako případné snímatelné protézy (zubní, oční) nebo kontaktní čočky.

Šest hodin před výkonem nejezte pevnou stravu, nepijte mléčné, alkoholické či sycené nápoje. Je vhodné po doušcích popíjet vodu nebo čaj. Dvě hodiny před výkonem již nepijte nic.

Po výkonu může po určitou dobu dojít k omezení schopnosti soustředit se a rozhodovat. 24 hodin po výkonu není možné vykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorového vozidla či právní úkony) či pohybovou koordinaci (jízda na kole, cvičení, práce či pohyb ve výškách). Vždy musí být zajištěn doprovod domů dospělou osobou

Odpovědi na doplňující otázky pacienta:

- ☐ Pacient (zákonný zástupce) neměl doplňující otázky.
☐ Pacientovi (zákonnému zástupci) byly zodpovězeny následující otázky:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popř. jeho zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném způsobu poskytnutí anesteziologické péče a to včetně upozornění na možné komplikace.

Pacient porozuměl poskytnutým informacím, měl možnost klást otázky a dostalo se mu uspokojivých odpovědí. Prohlašuji, že potvrdil, že všechny jí poskytnuté informace jsou podle jejího nejlepšího vědomí úplné a pravdivé. Pacient byl poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o dalším postupu.

V Praze, dne _____
podpis a jmenovka lékaře

Pacient tímto bere na vědomí, že jeho osobní údaje včetně údajů o jeho zdravotním stavu jsou zpracovávány společností Anesthesia s.r.o., IČ: 09544577, se sídlem Chlupáčova 1176/10, Hlubočepy, 152 00 Praha 5, zapsanou v OR vedeném u Městského soudu v Praze, pod sp. zn. C 337889, a to na základě článku 9 odst. 2 písm. h) nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 (GDPR), tj. jejich zpracování je nezbytné pro účely lékařské diagnostiky a poskytování zdravotní péče či léčby.

1. Souhlasím s poskytnutím anesteziologické péče v navrženém rozsahu uvedeném v tomto dokumentu.	ANO	NE
2. Byl/a jsem srozumitelně informován/a o nutných režimových opatřeních (omezení příjmu stravy a tekutin, odstranění snímatelných ozdob, protéz či kontaktních čoček) před vlastním výkonem.	ANO	NE
3. Byl/a jsem srozumitelně informován/a, že léky, které užívám, mohou ovlivnit účinek látek použitých během anesteziologické péče (např. pokles krevního tlaku, krvácení), proto o nich musím před plánovaným výkonem informovat lékaře.	ANO	NE
4. Byl/a jsem srozumitelně informován/a, že s anesteziologickou péčí souvisí obecná rizika a následky, které mohou být ovlivněny druhem operace, délkou operačního výkonu, stářím pacienta a typem přidruženého onemocnění.	ANO	NE
5. Byl/a jsem srozumitelně informován/a o tom, že během anestezie může dojít k závažným komplikacím (alergická reakce, oběhové selhání, dechová nedostatečnost, infekční komplikace), které si vyžádají postupy překračující rámec tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře k provedení všech postupů, které povedou k záchraně mého zdraví a života včetně návazné resuscitační a intenzivní péče.	ANO	NE
6. Beru na vědomí, že po poskytnutí anesteziologické péče budu do jisté míry omezen/a v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti. Především může být až po dobu 24 hodin ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. V případě výkonu bez navazující hospitalizace si zajistím zodpovědný doprovod a odvoz. V následujících 24 hodinách se nebudu věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorového vozidla, provádět právní úkony), dodržím klidový režim pod zodpovědným dozorem nejlépe doma a adekvátně přizpůsobím příjem jídla a tekutin povaze výkonu a svému stavu.	ANO	NE

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informována o veškerých shora uvedených skutečnostech.

Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením výkonu.

Byl/a jsem poučen/a o možnosti určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu, jakož i určit, zda mohou tyto osoby nahlížet do zdravotnické dokumentace o mně vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu a zda si mohou pořizovat výpisy nebo kopie těchto dokumentů a dále zda mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb v případě, kdy nebudu moci s ohledem na můj zdravotní stav souhlas s poskytnutím zdravotních služeb vyslovit.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Potvrzuji, že jsem před tímto podpisem nedostal/a žádné uklidňující léky.

V Praze, dne _____

_____ *podpis pacienta (zákonného zástupce)*