

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA A OPRÁVNĚNÍ PRO PODÁNÍ ANALGOSEDACE

1. Jméno Příjmení
Rodné číslo souhlasím s poskytnutím anestezie pro plánovaný léčebný diagnostický výkon.
2. Byl/a jsem poučen/a, že bez ohledu na použitý typ anestezie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (bolest v krku a chraptot, nevolnost a zvracení, bolesti svalů). Dále jsem byl/a informován/a o nutnosti použití pomůcek a postupů nezbytných pro zajištění průchodnosti dýchacích cest během anestezie, což může mít za následek poškození zubů (včetně jejich vylomení), korunek, výplní či jiných pevných náhrad a poranění dásní nebo rtů.
3. Byl/a jsem poučen/a, že léky či jiné látky, které užívám, mohou způsobit komplikace během anestezie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom/a, že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
4. Byl/a jsem poučen/a o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a vzácně i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.
5. Potvrzuji, že MUDr. Holzknacht mne informoval o možnostech anestezie pro daný výkon: Analgoosedace
Byl/a jsem poučen/a lékařem o typu anestezie, která bude použita, porozuměl/a jsem přínosu i obecně předvídatelným rizikům péče, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestezie.
6. Byl/a jsem poučen/a, že během anestezie bude v případě nutnosti nezbytné invazivní monitorování a byl/a jsem seznámen/a se všemi riziky s tím spojenými.
7. Byl/a jsem poučen/a, že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat modifikaci nebo překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí o provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
8. Jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm, souhlasím s podáním krve nebo krevních derivátů. Dále rozumím, že i přes pečlivé testování a kontrolu krve a krevních výrobků na transfúzních stanicích může dojít ve výjimečných případech k poškození mého zdraví v důsledku transfúze krve nebo krevních derivátů např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob.
9. Byl/a jsem poučen/a, že pokud nebude řečeno jinak, ve vlastním zájmu nesmím jíst ani pít po půlnoci dne před plánovaným výkonem.
10. Souhlasím s provedením všech vyšetření a postupů, která umožní zhodnocení rizika spojeného s podáním anestezie nebo přispějí k jeho snížení.
11. Potvrzuji, že anesteziolog se mnou na mou žádost projednal navrhovanou anestezii a odpověděl na mé dotazy. Uvědomuji si, že anestezie přináší další rizika a nebezpečí, ale požaduji použití anestetik pro úlevu před bolestí v průběhu procedur. Uvědomuji si, že anestetika mohou být změněna, aniž by mi to mohlo být vysvětleno. I když je moderní anestezie považována za bezpečnou, jsem srozuměn/a s jistými komplikacemi, jež mohou vzniknout při použití jakýchkoliv anestetik.

Datum

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl/a jeho obsahu, jsem si vědom/a všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestezie a souhlasím s navrženým typem anestezie:

Analgosedace

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

Datum

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

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

Datum

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

