

**ZGODA NA ZNIECZULENIE**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL pacjenta:

Rodzaj zabiegu: .....

Proponowane znieczulenie: ..... ASA .....

**Oświadczam, że** przeczytałam/em/przeczytano mi informacje na temat znieczulenia i rozumiem ryzyko związane ze znieczuleniem. Przedstawiono mi w sposób zrozumiały i wyczerpujący możliwe do zastosowania w moim przypadku metody znieczulenia oraz że miałam/em\* możliwość rozmowy z anestezyjologiem: ..... i czas na podjęcie decyzji. Rozumiem konieczność wykonania znieczulenia do zaplanowanego zabiegu.

Rozumiem, że każdy rodzaj znieczulenia, pomimo dołożenia należytej staranności podczas jego prowadzenia zawsze niesie ze sobą ryzyko wystąpienia ciężkich i nieoczekiwanych powikłań w postaci zakażenia, krwawienia, reakcji niepożądanych na środki medyczne, zakrzepicy, utraty czucia, utraty wzroku, utraty czynności kończyn, porażenia, udaru i uszkodzenia mózgu, zawału serca i śmierci i że nie można zagwarantować, że do powikłań tych nie dojdzie. Rozumiem, że w/w powikłania mogą się zdarzyć podczas zastosowania każdego rodzaju znieczulenia oraz że mogą wystąpić także inne powikłania, omawiane wcześniej w odniesieniu do poszczególnych rodzajów znieczulenia.

Rozumiem, że zaproponowany mi sposób znieczulenia wybrano kierując się aktualną wiedzą medyczną oraz biorąc pod uwagę wiele czynników, w tym aktualny stan mojego zdrowia, rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego, a także moje preferencje.

Rozumiem, że niekiedy przy zastosowaniu znieczuleń regionalnych efekt znieczulenia może być niewystarczający i może zająć konieczność zastosowania innego rodzaju znieczulenia, w tym znieczulenia ogólnego.

Rozumiem, że w uzasadnionych przypadkach, może zająć konieczność zastosowania dodatkowych interwencji w postaci wprowadzenia kaniuli do tętnicy i/lub do żyły głównej, cewnikowania pęcherza moczowego, przetoczenia preparatów krwiopochodnych, kontynuacji sztucznej wentylacji po operacji.

Rozumiem konieczność ujawnienia personelowi medycznemu wszystkich informacji na temat mojego stanu zdrowia, w szczególności o rozpoznanych chorobach i przyjmowanych lekach, zarówno zleconych przez personel medyczny, jak i ogólnodostępnych.

Rozumiem, że przyjmowane przez mnie suplementy diety, preparaty ziołowe, alkohol czy nielegalnie zdobyte środki medyczne i używki mogą przyczynić się do wystąpienia groźnych powikłań i ich zażywanie musi być ujawnione.

Rozumiem, że należy ujawnić wszelkiego rodzaju komplikacje związane z poprzednimi znieczuleniami.

Oświadczam, że będę przestrzegał/a koniecznych okresów pozostawiania na czczo oraz że w zalecony sposób przyjmę zlecone środki medyczne.

Wyrażam zgodę na zaproponowane mi znieczulenie i upoważniam zespół anestezyjologiczny do jego wykonania.

Wyrażam również zgodę na zmianę sposobu znieczulenia i zastosowania dodatkowych interwencji jeśli w ocenie zespołu anestezyjologicznego zajdzie taka potrzeba.

.....  
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....  
Data

[ ] Omówiłam/em treść niniejszego formularza zgody na znieczulenie z pacjentem i/lub jego przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym.

[ ] Ze względu na stan pacjenta nie było możliwości uzyskania skutecznej zgody na znieczulenie, a w ocenie operatora pacjent wymagał pilnego zabiegu.

.....  
Pieczęć i podpis anestezyjologa

.....  
Data