

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA A OPRÁVNĚNÍ PRO PODÁNÍ ANESTÉZIE

1. Já,..... souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou v souvislosti s jejím podáním vyskytnout (např. bolest v krku a chrapot, nevolnost a zvracení, bolesti svalů). Dále jsem byl(a) informován(a) o nutnosti použití pomůcek a postupů nezbytných pro zajištění průchodnosti dýchacích cest během anestézie, což může mít za následek možné 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 anestézie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu vždy o nich informovat 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) během anestézie.
5. Potvrzuji, že MUDr..... mne informoval o možnostech anestézie pro daný výkon:
 celková anestézie spinální anestézie epidurální anestézie jiná svodná anestézie
- Byl(a) jsem poučen(a) lékařem o typu anestézie, která bude použita, porozuměl(a) jsem přínosu i obecně předvídatelným rizikům péče, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestézie.
6. Byl(a) jsem poučen(a), že během anestézie může být v případě nutnosti zavedeno nezbytné invazivní monitorování a byl(a) jsem seznámen(a) se všemi riziky s tím spojenými.
7. Byl(a) jsem poučen(a), že během anestézie 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 k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
8. Jestliže vznikne během výkonu nebo bezprostředně po něm důvod, pak souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů. Dále rozumím, že i přes pečlivé testování a kontrolu krve a krevních výrobků na transfúzních stanicích může ve výjimečných případech dojít v důsledku podání transfúze a/nebo krevních derivátů k poškození mého zdraví (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
9. Byl(a) jsem poučen(a), že, pokud nebude řečeno jinak, nesmím ve vlastním zájmu od půlnoci dne před plánovaným výkonem jíst ani pít.
10. Souhlasím s provedením všech nezbytných vyšetření a postupů, které umožní zhodnocení rizika spojeného s podáním anestézie a/nebo přispějí k jeho snížení.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

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

celková anestézie spinální anestézie epidurální anestézie jiná svodná anestézie

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

Datum:

Podpis:

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Já, MUDr..... potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byli informováni o možných rizicích spojených se zvoleným typem anestézie.

Datum:

Jméno a podpis lékaře: