

Informovaný souhlas pacienta

OŠETŘENÍ V CELKOVÉ ANESTEZII

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Pacient:

Jméno a příjmení: _____ R. Č.: _____

Bydliště: _____

I. Informace o výkonu:

Podstoupíte operační výkon v celkové anestezii. Celková anestezie je farmakologicky navozený stav, ve kterém je vyřazeno vědomí a vnímání bolesti z celého těla. Je poskytována při větších, zdlouhavých a bolestivých výkonech, které nelze udělat v místním umrtvení. Celková anestezie bude vedena po zajištění periferní žíly flexibilní kanylou kombinací anesteziologických plynů, nitrožilních anestetik a event. tzv. svalových relaxancií, což jsou farmaka vyvolávající dočasnou svalovou paralýzu.

Zajištění dýchacích cest bude provedeno podle charakteru a délky výkonu endotracheální intubací, laryngální maskou nebo obličejovou maskou. Pacient bude po celou dobu výkonu napojen na monitor vitálních funkcí. Po návratu základních funkcí budete převezen na dospávací lůžko a pod odborným dohledem zde setrváte do úplného probuzení. Poté budete předán svému doprovodu do domácí péče, který Vás odveze osobním automobilem (ne prostředky hromadné dopravy).

II. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Žádný zákrok ani anestezie nejsou zcela bez rizika. Naprostá většina komplikací, jako např. zvracení po anestezii, bolesti svalů po podání myorelaxancií, bolesti v krku nebo chrapt po intubaci sice pacienta obtěžují, ale rychle odezní. Závažné, život ohrožující komplikace při anestezii jsou velmi vzácné. Pro jejich eliminaci a minimalizaci rizik je nezbytná Vaše spolupráce s anesteziologem. Je naprosto zásadní dodržet časový požadavek na absolutní lačnost před výkonem (6 hodin bez jídla a 4 hodiny bez pití) a pravdivě informovat lékaře o případných alergiích, celkovém zdravotním stavu, popř. o užívaných lécích.

III. Informovaný souhlas pacienta:

Prohlašuji, že jsem byl srozumitelně informován o plánovaném způsobu anestezie včetně upozornění na možné komplikace. Považuji poučení za dostatečné a souhlasím s provedením výkonu v celkové anestezii.

Datum: _____

Podpis: _____

Podpis lékaře: _____