

Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce

Ošetření v celkové anestezii

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Jméno a příjmení pacienta: _____ R. Č.: _____

Aktuální bydliště: _____

I. Informace o výkonu:

Vaše dítě (osoba svěřená) podstoupí 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. Další indikací celkové anestezie je snížená schopnost spolupráce pacienta u výkonu, tzv. neošetřitelný pacient (děti nebo mentálně postižení).

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 bude dítě přeneseno na dospávací lůžko a pod odborným dohledem a Vaší spoluúčastí zde setrvá do úplného probuzení. Poté Vám bude předáno do domácí péče a Vy ho odvezete osobním automobilem (ne prostředky hromadné dopravy) za doprovodu dvou dospělých osob (1 řidič a 1 dohled k dítěti).

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 chrapot 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.

V případě neočekávaných závažných komplikací během nebo po operaci může lékař rozhodnout o převozu pacienta na vyšší smluvní pracoviště ORL oddělení Všeobecné fakultní nemocnice nebo ORL oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze.

III. Informovaný souhlas zákonného zástupce:

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: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____ Podpis _____

Jméno a příjmení anesteziologa: _____ Podpis _____

Anesteziologický dotazník

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Jméno a příjmení pacienta: _____ R. Č.: _____

Prosíme rodiče (zákonné zástupce), aby pravdivě vyplnili údaje o svém dítěti (svěřené osobě):

Datum narození: _____ Porodní váha: _____

Současná váha: _____ Současná výška: _____

Došlo ke komplikaci v souvislosti s těhotenstvím či porodem? Pokud ano, uveďte:

Prodělalo dítě závažné onemocnění, úraz, otravu? Pokud ano, uveďte:

Léčilo se dítě v nemocnici či prodělalo operaci? Pokud ano, uveďte:

Vyskytly se u dítěte problémy v souvislosti s anestezií? Pokud ano, uveďte:

Má dítě chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte:

Má dítě vrozenou vývojovou vadu či neurologické onemocnění? Pokud ano, uveďte:

Má dítě příznaky akutního onemocnění? Pokud ano, uveďte:

Užívá dítě pravidelně léky? Pokud ano, uveďte:

Je dítě alergické na nějaké léky či jiné látky? Pokud ano, uveďte:

Datum: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____ Podpis _____