



Informovaný souhlas

s podáním anestezie v souvislosti s vyšetřením nebo operačním zákrokem

Místo hospitalizace (oddělení):

Vyplní lékař/ anesteziolog:

Typ anestezie / sedace:

- celková anestezie
- sedace
- spinální anestezie
- epidurální anestezie
- jiná svodná anestezie

Prohlašuji, že jsem seznámil pacienta/ku (zákonného zástupce) se způsobem plánované anestezie/sedace, která přichází v souvislosti s léčebným, případně diagnostickým postupem v úvahu. Rovněž jsem pacienta/ku seznámil s možnými komplikacemi a riziky, včetně i těch nejzávažnějších:

- běžná rizika **celkové anestezie** - bolest v krku, chrapot, pooperační nevolnost až zvracení, bolest svalů, poranění cév, zubů, dýchacích cest
- běžná rizika **svodné anestezie** - poranění cév, bolesti zad při znecitlivění páteře, alergická reakce na anestetikum, bolest hlavy, vzácné poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, zadržování moče
- informace a poučení o možných komplikacích kombinací dlouhodobě užívaných léků či jiných látek s anestetiky

Pacient/ka (zákonný zástupce pacienta):

- přečtete si pozorně text tohoto listu
- pokud jste plně nerozuměl/a lékařovu vysvětlění, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat lékaře
- pokud souhlasíte s výše uvedeným textem, podepište jej

PROHLÁŠENÍ

Já pacient/ka (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem textu porozuměl/a a byl/a jsem lékařem srozumitelně informován/a o povaze a postupu anestezie. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s možnými alternativami i s důsledky anestezie.

Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny a odpovědi jsem rozuměl/a.

Na základě tohoto poučení souhlasím:

- s uvedeným druhem anestezie / sedace
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený typ anestezie/sedace nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval, či mne informoval

V Plzni dne v hod.

Pacient/ka: rodné číslo.....

Zákonný zástupce:..... příbuzenský vztah

Podpis pacienta / pacientky:

Lékař provádějící poučení:

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen informovaný souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu: (kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob)