|  |
| --- |
| 1. Ja, niżej podpisany………………………………………………………………. PESEL lub data urodzenia ………………………..  **WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY\*** na wykonanie u mnie znieczulenia **OGÓLNEGO i / lub REGIONALNEGO**  do zabiegu ………………………………………………………………………………………………………………………………..........  2. Oświadczam, że:  - dr ………………………………………………………………………… przeprowadził/-a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat znieczulenia oraz innych czynności i procedur anestezjologicznych, które mogą być wykonywane u mnie w czasie operacji i w okresie okołooperacyjnym;  - przedstawiono mi alternatywne metody znieczulenia;  - przedstawiono mi wady, zalety i dające się przewidzieć powikłania proponowanego mi powyżej rodzaju znieczulenia;  - na wszystkie pytania dotyczące mojego stanu zdrowia udzieliłem odpowiedzi wyczerpujących i zgodnych z prawdą;  - zrozumiałem na czym polega znieczulenie i inne procedury z nim związane, wszystkie moje wątpliwości zostały mi wyjaśnione  i nie mam żadnych pytań;  3. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeżeli, ze względu na moje dobro, w trakcie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności rodzaj znieczulenia może być zmieniony na inny.  4. Wyrażam zgodę na uzasadnioną medycznie, zaistniałą w trakcie zabiegu konieczność wykonania dodatkowych wkłuć dożylnych.  5. Mam zapewniony transport i opiekę dorosłej osoby towarzyszącej (w przypadku tzw. „zabiegów jednego dnia”). Zostałem poinformowany, że w dniu po zabiegu nie można podejmować ważnych życiowo decyzji oraz obsługiwać pojazdów mechanicznych.  6. Zostałem również poinformowany/a o możliwości zaistnienia powikłań związanych z przeprowadzeniem sedacji (uspokojenia)  i analgezji (zniesienia odczuwania bólu) dożylnej, a w szczególności: nudności, wymiotów, spadków ciśnienia tętniczego, bradykardii, utrzymujących się bólów w miejscu wkłucia, utraty przytomności, drgawek, infekcji, miejscowego zapalenia żył, intubacji dotchawiczej, nagłego zatrzymania krążenia i innych nieprzewidzianych.  7. Tekst zawarty w F.M.30 Przedoperacyjnej broszurze informacyjnej dla pacjenta przeczytałem/am i zrozumiałem/am. Nie mam pytań  i wątpliwości. Podane przez mnie informacje (w F.M.8 Ankieta anestezjologiczna) są zgodne z prawdą.  8. Tekst powyższej zgody na znieczulenie przeczytałem/am i zrozumiałem/am.  ……………………………………………….. …………………………………………………..  data: podpis pacjenta:  …………………………………………………..  podpis lekarza:  \* wypełnia Pacjent, właściwe zaznaczyć |

|  |
| --- |
| **Pacjent nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody / pacjent nie jest w stanie samodzielnie się podpisać, wyraża zgodę werbalnie lub gestem w obecności:**  Data, pieczątka i podpis Data, pieczątka i podpis |