



(WYPEŁNIA PACJENTKA / PACJENT / OPIEKUN PRAWNY / PEŁNOMOCNIK)

imię i nazwisko:

PESEL lub data urodzenia:

planowana operacja:

naklejka identyfikacyjna:

SZANOWNA PACJENTKO, SZANOWNY PACJENCIE, SZANOWNI RODZICE

Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego wymaga wyłączenia odczuwania bólu (znieczulenia). Za wybór najbardziej odpowiedniej metody znieczulenia, jego przeprowadzenie oraz nadzór nad funkcjami organizmu pacjenta podczas znieczulenia i operacji/zabiegu odpowiedzialny jest lekarz specjalista anestezjolog. Poniższe wyjaśnienia mają pomóc Państwu przygotować się do rozmowy z anestezjologiem (tzw. „wizyty anestezjologicznej”). Lekarz anestezjolog po zapoznaniu się ze stanem zdrowia Pani/a (Państwa dziecka), przedstawi możliwe metody znieczulenia, ich zalety i wady, wskaże najbardziej optymalny wybór uwzględniając przede wszystkim bezpieczeństwo pacjenta oraz udzieli Państwu koniecznych wyjaśnień i wskazówek.

PROSIMY BARDZO O UWAŻNE PRZECZYTANIE PONIŻSZYCH WYJAŚNIEŃ, UŁATWI TO PÓŹNIEJSZE WYRAŻENIE ŚWIADOMEJ ZGODY NA PROPONOWANĄ FORMĘ ZNIECZULENIA

ZNIECZULENIE OGÓLNE: potocznie zwane narkozą, jest odwracalnym stanem wyłączenia świadomości i odczuwania bólu. Jest rodzajem głębokiego snu, którego nie mogą przerwać nawet najsilniejsze bodźce bólowe. Najczęściej znieczulenie ogólne wywoływane jest wstrzyknięciem dożylnym krótkodziałającego leku usypiającego i, w zależności od czasu trwania operacji / zabiegu, może być dowolnie długo podtrzymywane poprzez podawanie leków dożylnych i / lub wziewnych. Ponieważ w czasie znieczulenia ogólnego dochodzi do upośledzenia drożności dróg oddechowych, osłabienia odruchów obronnych i osłabienia oddychania, konieczne może być zastosowanie metod zapewniających odpowiednie oddychanie jak: maska twarzowa, maska lub rurka krtaniowa oraz rurka dotchawicza.

ZNIECZULENIE REGIONALNE: polega na wyłączeniu odczuwania bólu tylko w obszarze ciała, którego dotyczy operacja. Osiąga się to poprzez wstrzyknięcie leku znieczulającego miejscowo:

- 1) w okolicę nacięcia tkanek (**znieczulenie miejscowe**), wykonuje je najczęściej chirurg;
- 2) w pobliże nerwów unerwiających ten obszar (**blokada pnia nerwowego lub splotu nerwowego**). Odmianą takiego znieczulenia jest tzw. **znieczulenie odcinkowe dożylnie** (blok Bierera), które polega na znieczuleniu kończyny poprzez dożylnie wstrzyknięcie środka znieczulającego po założeniu specjalnej opaski na ramię (lub udo) i wywołanie stanu niedokrwienia.
- 3) w okolicę kręgosłupa (pomiędzy kręgi kręgosłupa), gdzie wychodzą nerwy pochodzące z rdzenia kręgowego (**znieczulenie zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe**). Jeśli operacja jest długotrwała, znieczulenie regionalne może być przedłużane dzięki podawaniu powtarzanych dawek środka znieczulającego przez cienki cewnik (plastikową rurkę) - tzw. **znieczulenie ciągłe**.



Zaletą znieczulenia regionalnego jest zachowanie świadomości, odruchów obronnych i wydolnego oddychania podczas operacji, oraz utrzymywanie się znieczulenia w okresie pooperacyjnym. Możliwe jest jednocześnie ze znieczuleniem regionalnym zastosowanie leku uspokajającego/nasennego tak, aby podczas operacji pacjent pozostawał uspokojony lub w płytkim śnie (**sedacja**).

Znieczulenie podpajęczynówkowe (ZPP) (zwane potocznie rdzeniowym) wywołuje się przez wstrzyknięcie środka znieczulającego do płynu mózgowo-rdzeniowego na wysokości 3 lub 4 kręgu lędźwiowego (poniżej zakończenia rdzenia kręgowego), objawy znieczulenia pojawiają się w ciągu kilku minut.

W **znieczuleniu zewnątrzoponowym (ZZO)** środek znieczulający wstrzykuje się między blaszki opony twardej, co można zrobić na wysokości każdej części kręgosłupa (najczęściej lędźwiowej, ogonowej lub piersiowej). Dlatego objawy znieczulenia występują po ok. 20-30 minutach. Przed wkłuciem odpowiedniej igły dodatkowo znieczula się miejsce wkłucia, tak, aby zabieg nie był bolesny.

MOŻLIWE OBJAWY UBOCZNE I DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE / UBOCZNE ZNIECZULENIA.

Każdy zabieg medyczny, wykonany nawet z największą starannością może wiązać się z wystąpieniem objawów niepożądanych. Wystąpienie niektórych wiąże się z: - mechanizmem działania stosowanych środków lub technik, - wpływem długotrwałego ułożenia (np. bóle kręgosłupa) lub - reakcji organizmu na podawane środki (np. dreszcze, uczulenie, gorączka).

Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych / ubocznych rośnie głównie w związku z obecnością schorzeń towarzyszących, określanych poprzez skalę ASA, które zaburzają w sposób istotny funkcjonowanie organizmu oraz może zależeć od rozległości operacji. Bez względu na rodzaj znieczulenia konieczne jest założenie kaniuli (wenflonu) do żyły, co może wiązać się z wystąpieniem krwiaka, krwawienia, zapalenia żyły, uszkodzenia struktur sąsiadujących (tętnicy, nerwu, ścięgna). Niezmiernie rzadko może wystąpić zakażenie w miejscu ukłucia, a skrajnie rzadko uogólnione zakażenie (sepsa). Osłabienie kończyn górnych i dolnych w następstwie ucisku, i naciągnięcia nerwów/ splotów nerwowych podczas znieczulenia jest rzadkie, i najczęściej ustępują samoistnie w ciągu kilku miesięcy. Reakcje alergiczne i nieprawidłowe reakcje na stosowane leki zdarzają się rzadko, a najcięższe formy przebiegające z zaburzeniami oddechowymi i krążenia zagrażającymi życiu są niezwykle rzadkie podczas znieczulenia.

Z wykonaniem znieczulenia ogólnego mogą wiązać się następujące następstwa. Ogromna większość potencjalnych niepożądanych następstw ma charakter lekkich i przemijających, nie pozostawiających żadnego uszczerbku na zdrowiu. W piśmiennictwie fachowym wymienia się następujące niepożądane następstwa znieczuleń (wg częstości występowania): ból gardła i uczucie drapania, trudności w przełykaniu, uczucie braku powietrza i trudności w oddychaniu, nudności, wymioty, śródoperacyjne odzyskanie świadomości, trudności z utrzymaniem drożności dróg oddechowych i związane z tym uszkodzenia zębów, warg i języka, nietypowe reakcje na leki anestetyczne, niedotlenie organizmu związane z trudnościami w wentylacji zastępczej, aspiracja treści pokarmowej do dróg oddechowych i ciężka niewydolność oddechowa, gorączka złośliwa.

Po znieczuleniach regionalnych (w tym podpajęczynówkowych i zewnątrzoponowych) mogą wystąpić następujące niepożądane następstwa: bóle głowy, nudności i wymioty, spadek ciśnienia tętniczego, trudności z oddawaniem moczu, bóle okolicy lędźwiowej, przejściowe podrażnienie nerwów objawiające się zaburzeniami czucia, reakcje uczuleniowe na leki i zatrucie lekami, zakażenie, trwałe uszkodzenie nerwów lub niedowład kończyn.

**PROSIMY O BEZWZGLĘDNE ZASTOSOWANIE SIĘ DO PONIŻSZYCH WSKAZÓWEK!****Przed zabiegiem/operacją (o ile lekarz nie zaleci inaczej):**

Prosimy na **co najmniej 6 godzin przed znieczuleniem NIC nie jeść (dotyczy to także – kanapek, sucharów, drożdżówek, landrynek czy innych słodczy), nie palić papierosów/ wyrobów tytoniowych/ e-papierosów, nie żuć gumy.** Ostatni posiłek (6 godzin przed znieczuleniem) powinien być lekkostrawny i niezbyt obfity.

Do 2 godzin przed znieczuleniem można wypić łącznie do 2 szklanek klarownych płynów (bez zawartości tłuszczu i stałych cząstek) jak: woda niegazowana, herbata, ale nie mleko i alkohol. Jeśli mimo tych zaleceń zjedliście/wypiliście Państwo (Państwa dziecko) cokolwiek, proszę nas o tym poinformować!

Proszę zapytać lekarza anestezjologa, które z leków powinny być przyjmowane do dnia zabiegu, a które powinny zostać wcześniej odstawione. Krótco przed znieczuleniem dopuszcza się popicie niezbędnych leków niewielką ilością wody, konieczną do ich połknięcia. Wszelkie elementy biżuterii (z całego ciała - bez wyjątku) powinny być usunięte przed znieczuleniem i operacją/zabiegiem.

Rano w dniu zabiegu należy:

UMYĆ CAŁE CIAŁO (wodą z mydłem) = wykapać się (wieczorem przed zabiegiem również), łącznie z głową.

UMYĆ ZĘBY / JAMĘ USTNĄ szczoteczką do zębów i pastą do zębów, w miarę możliwości także przepłukać jamę ustną płynem do płukania jamy ustnej.

Nie należy nakładać żadnych kosmetyków na skórę (kremy, balsamy, szminka, puder itp.). Zmyć makijaż z twarzy oraz lakier z paznokci.

Soczewki kontaktowe należy wyjąć.

Protezy zębowe, które można wyjąć, należy pozostawić na oddziale.

Aparat słuchowy należy pozostawić założony celem ułatwienia porozumiewania się z personelem (do decyzji personelu w dniu zabiegu/przyjęcia).

Po zabiegu/operacji: do czasu ustabilizowania się czynności życiowych pozostawać będą Państwo/Państwa dziecko pod opieką pielęgniarki anestezjologicznej w Sali Nadzoru Poznieczuleniowego (SNP). Następnie powrócicie Państwo do oddziału macierzystego.

Kontrola bólu pooperacyjnego: W następstwie operacji może pojawić się ból.

Ból nieleczonej jest zjawiskiem niekorzystnym, może być przyczyną zbędnego cierpienia oraz takich powikłań jak złe gojenie się rany, zapalenie płuc, a nawet zawał mięśnia serca.

Ból jest doznaniem subiektywnym i różni pacjenci po podobnych operacjach mogą odczuwać ból jako słabszy lub silniejszy. Wiąże się to z różnym zapotrzebowaniem na leki przeciwbólowe.

Dlatego dla skutecznego zwalczania bólu potrzebna jest współpraca pacjenta, polegająca na umiejętnej ocenie intensywności bólu posługując się skalą numeryczną (od 0 do 10 pkt.). 0 pkt. – nie ma bólu, 10 pkt. – to najsilniejszy ból jakiego kiedykolwiek doznaliśmy/jaki sobie wyobrażamy. Zawsze kiedy wg. Pani/a ból jest większy niż 3 pkt. albo powoduje dyskomfort, prosimy o zgłaszanie tego opiekującemu się Państwem personelowi. Podobnie prosimy zgłaszać obecność wszelkich niepokojących Państwa oraz niepożądanych objawów jak nudności, wymioty, zawroty głowy, złe samopoczucie, itd.

**F.M.30 PRZEDOPERACYJNA BROSZURA INFORMACYJNA DLA PACJENTA**

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 3

Obowiązuje od 17.05.2024

Strona 4/4

W przypadku zabiegów ambulatoryjnych (tzw. chirurgii 1 dnia), należy zapewnić sobie transport do domu pod opieką osoby pełnoletniej i opiekę w ciągu 24 godzin po znieczuleniu. W tym czasie nie należy uczestniczyć aktywnie w ruchu ulicznym, nie posługiwać się urządzeniami z ruchomymi częściami mogącymi spowodować obrażenia, nie podejmować ważnych decyzji mających następstwa prawne, nie zażywać leków uspokajających i nasennych, nie pić alkoholu (w tym piwa).

Prosimy bezzwłocznie poinformować personel sprawujący opiekę w razie wystąpienia dolegliwości: nudności i wymiotów, dreszczy, gorączki, bólów w klatce piersiowej, duszności, chrypki i/lub bólów gardła oraz gdy było stosowane znieczulenie regionalne - bólów głowy, sztywności karku, bólów okolicy łądźwiowo-krzyżowej, zaburzeń czucia, osłabienia kończyn/y.

Po zapoznaniu się z treścią wszystkich trzech stron „Przedoperacyjnej broszury informacyjnej dla pacjenta” prosimy o podpis.

data:

podpis pacjenta:

.....

.....

Pacjent nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody /

pacjent nie jest w stanie samodzielnie się podpisać, wyraża zgodę werbalnie lub gestem w obecności:

Data, pieczętka i podpis

Data, pieczętka i podpis



F.M.8 ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 4

Obowiązuje 16.06.2025

Strona 1/3

UWAGA. Ankiety proszę wypełnić **PRZED WIZYTĄ LEKARZA ANESTEZJOLOGA/ PRZED WIZYTĄ W PORADNI ANESTEZJOLOGICZNEJ**, wszelkie wątpliwości można i należy wyjaśnić w trakcie wizyty lekarza anestezjologa przed zabiegiem operacyjnym. Proszę o zaznaczenie odpowiedzi zakreślając właściwy kwadrat i wypełniając puste pola.

(WYPEŁNIA PACJENT/-KA/ OPIEKUN PRAWNY/ PEŁNOMOCNIK)

Imię i nazwisko:

PESEL lub data urodzenia:

Wzrost i waga:cm /.....kg

1	Czy leczy się Pani/Pan na stałe (przewlekle)?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
	w ciągu ostatnich kilku tygodni?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
	Jeżeli tak, to z jakiego powodu?			
2	Czy przyjmuje Pani/Pan leki stałe (przewlekle/ codziennie / regularnie)?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
	Jeżeli tak, to jakie?			
3	Czy była/był Pani/Pan wcześniej operowany/a:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
	Jeżeli tak, to proszę podać rok i rodzaj operacji.			
4	Czy wyraża Pani/Pan zgodę na transfuzję krwi lub składników krwi?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
	Jeżeli nie, to z jakiego powodu?.....			
5	Czy miała/miał Pani/Pan transfuzję krwi lub składników krwi?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
	Jeżeli tak, to czy wystąpiły powikłania i jakie?.....			
Czy występują lub występowały u Pani/Pana następujące choroby lub objawy? Proszę podać, w którym roku wystąpiły lub od kiedy Pani/Pan choruje				
6	serce/ krążenie, np.: nadciśnienie/ niedociśnienie od....., choroba wieńcowa, zawał serca....., niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca , wada serca....., operacja zastawek serca....., kardiostymulator / kardiowerter od...../ostatnia kontrola....., zapalenie mięśnia sercowego, omdlenia, żylaki, zapalenie żył /zakrzepica, zatorowość płucna....., stan po CABG (by-pass) , duszność, ból za mostkiem przy wysiłku (np. przy wchodzeniu po schodach), bóle łydek przy chodzeniu, itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
	płuca/drogi oddechowe, np.: zapalenie płuc/ oskrzeli, gruźlica, astma, odma opłucnowa, rozedma, pylica, sarkoidoza, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), nowotwór, itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
8	przewód pokarmowy, np.: choroba wrzodowa, zwężenie odźwiernika, zgaga, choroba refluksowa, zapalenie żołądka, choroby zapalne jelit, przebyte żółtaczkę, kamica dróg żółciowych/pęcherzyka, marskość wątroby, itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem



F.M.8 ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 4

Obowiązuje 16.06.2025

Strona 2/3

9	nerki, np.: zapalenie, kamica, przewlekła choroba nerek, dializy (jeśli tak, to od kiedy, jak często są dializy i kiedy była ostatnia dializa)....., itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
10	choroby przemiany materii, np.: cukrzyca od, dna moczanowa, itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
11	tarczycyca, np.: wole, nadczynność, niedoczynność, itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
12	choroby układu nerwowego/ psychiczne: udar mózgu, padaczka, porażenie, niedowład, choroba Parkinsona, miastenia, częste bóle głowy, utrata przytomności, ch.Alzheimera, nerwice, depresja itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
13	oczy i uszy, np.: zaćma, jaskra, soczewki kontaktowe, osłabienie słuchu, aparat słuchowy, itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
14	układ mięśniowy i kostno-stawowy, np.: zwyrodnienia, bóle kręgosłupa, dyskopatie, osłabienie mięśni, miastenia, schorzenia mięśniowe (dystrofie) (także u krewnych), itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
14	krw, np.: zaburzenia krzepnięcia, skłonność do siniaków, krwawienia z nosa, itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
15	uczulenia oraz reakcje nadwrażliwości, np.: na pokarmy, leki, plaster, pyłki, jod, katar sienny, wyprysk, świąd, w tym lignokainę i inne – jakie?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
16	stan uzębienia, np.: chwiejące się zęby, próchnica, paradontoza, protezy, mosty, koronki, itp.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
17	Czy pali Pani/Pan papierosy? Jeżeli tak, to od kiedy Jeśli nie, to od kiedy ile papierosów dziennie?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
18	Czy pije Pani/Pan alkohol (także piwo)? Jeżeli tak to: <input type="checkbox"/> codziennie / <input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu / <input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu / <input type="checkbox"/> kilka razy w roku	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
19	(do PacjenteK) Czy jest Pani w ciąży?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
20	inne? jakie?			

Data: Podpis wypełniającego ankietę pacjenta/-ki / osoby upoważnionej:

.....

Jeśli pacjent/-ka nie jest w stanie samodzielnie się podpisać, wyraża zgodę werbalnie lub gestem w obecności:

członka rodziny (imię i nazwisko + stopień pokrewieństwa)

pracownika szpitala



F.M.8 ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 4

Obowiązuje 16.06.2025

Strona 3/3

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

(wypełnia lekarz anestezjolog)

rodzaj znieczulenia:							
rodzaj zabiegu operacyjnego:							
ocena ryzyka okołoperacyjnego wg ASA:	1	2	3	4	5	6	E
ocena dróg oddechowych wg Mallampati:	1	2	3	4			
BMI (kg/m ²)	<p>< 16 wyniszczenie / 16-17 wychudzenie / 17-18,5 niedowaga / 18,5-25 – norma 25,1-29,9 nadwaga/ 30-34,9 otyłość I stopnia/ 35-39,9 otyłość II stopnia/ > 40 – otyłość olbrzymia</p>						
ocena wydolności fizycznej:	jeżeli pacjent może wejść na piętro po schodach, przebiec krótki odcinek, pójść na szybki spacer, wykonać poważniejsze prace domowe (= w skali MET* 4pkt. i więcej)						
	<input type="checkbox"/> < 4MET* (slaba)		<input type="checkbox"/> > 4MET* (dobra)		<input type="checkbox"/> nie do oceny		
wymagane badania dodatkowe:							
problemy specyficzne/ uwagi:							
zalecenia lekarskie przed zabiegiem							
data wypełnienia:	podpis lekarza/-ki wypełniającego/-ej						



F.M.9 ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 3

Obowiązuje od 15.05.2024

Strona 1/1

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 okołoperacyjnym;

- 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) dożylnych, 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, pieczętka i podpis

Data, pieczętka i podpis