

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE DO ZABIEGÓW

Pacjent(ka)

(imię i nazwisko) _____ PESEL _____

Znieczulenie typu analgo-sedacja dożylna zapewnia pacjentowi bezpieczeństwo w czasie zabiegu i bezpośrednio po nim. Podczas znieczulenia pacjent jest pod opieką lekarza anestezjologa. Leki podawane są drogą dożylną. Podczas zabiegu pacjent nie odczuwa bólu, świadomość jest ograniczona lub całkowicie wyłączona.

Przebieg znieczulenia

- Podczas zabiegu anestezjolog kontroluje podstawowe funkcje organizmu pacjenta. Czynność serca, ciśnienie tętnicze krwi, utlenowanie krwi są monitorowane przy pomocy 'aparatury rejestrującej'.
- Po zabiegu pacjent przewożony jest do sali wybudzeń, gdzie pozostaje pod opieką anestezjologa. Czas obserwacji uwarunkowany jest stanem chorego oraz rodzajem wykonanego zabiegu.

Możliwe powikłania

Znieczulenie jak każde działanie lekarskie, obarczone jest pewnym ryzykiem powikłań. Prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań groźnych dla życia jest znikome, zależy przede wszystkim od stanu ogólnego pacjenta i rodzaju wykonywanego zabiegu. Do rzadkich powikłań należą:

- reakcja alergiczna na leki
- zaburzenia czynności układu oddechowego i krążenia

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r., (tj. DzU 2008 r., nr 136, poz. 857), lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych. W związku z powyższym oświadczam, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z mojej strony przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania badania.

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

Zrozumiałam/em wszystkie informacje przekazane przez lekarza o planowanym znieczuleniu do zabiegu, rodzaju i sposobie jego wykonania oraz możliwych powikłaniach. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na proponowany rodzaj znieczulenie.

Warszawa, _____, _____

Data i godzina

_____ podpis Lekarza

_____ podpis Pacjenta