

Formularz wyrażenia zgody na wykonanie znieczulenia



Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

1. Oświadczam, że świadomie i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego mi znieczulenia:

i na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed- i pooperacyjnym, jak również na wszelkie konieczne zabiegi towarzyszące znieczuleniu.

2. Oświadczam, że:

- Zapoznałem (-ałam) się z formularzem informacyjnym dotyczącym:

Znieczulenia ogólnego.

Znieczulenia podpajęczynówkowego.

Znieczulenia ogólnego do krótkich zabiegów diagnostycznych / krótkich procedur zabiegowych.

Znieczuleń wykonywanych w Oddziale Położnictwa Szpitala Medicover.

Znieczulenia zewnątrzoponowego.

Regionalnej blokady dożylniej (blok Biera).

Wykonywania znieczuleń u dzieci w Szpitalu Medicover.

Znieczuleń regionalnych.

Zakładania centralnych dostępow żylnych (inaczej: wkłuc centralnych).

Innym formularzem

- Zapewniono mi wystarczającą ilość czasu na zaznajomienie się z treścią powyższego formularza.
 - Zrozumiałem (-ałam) w pełni informacje zawarte w powyższym formularzu informacyjnym oraz przekazane mi przez dra w trakcie przeprowadzonej konsultacji anestezjologicznej.
 - Zrozumiałem (-ałam), na czym polega zaproponowane mi znieczulenie.
 - Zostałem (-ałam) poinformowany o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach (następstwach) i działaniach niepożądanych z nim związanych.
 - Wszelkie wątpliwości dotyczące zaproponowanego rodzaju znieczulenia zostały mi wyjaśnione.
 - Zostałem (-ałam) poinformowany (-ana), dlaczego w moim przypadku proponowany jest właśnie powyższy sposób znieczulenia.
 - Zostałem (-ałam) poinformowany (-ana) o innych, alternatywnych metodach znieczulenia możliwych do zastosowania przy planowanym u mnie zabiegu operacyjnym lub diagnostycznym.
 - Zapewniono mi w trakcie przeprowadzonej konsultacji nieograniczoną możliwość zadawania lekarzowi pytań na temat znieczulenia, które zostanie u mnie zastosowane.
 - Oświadczam, że w trakcie konsultacji nie zataiłem (nie zataiłam) żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, a umieszczone informacje w formularzu „Informacja o stanie zdrowia” są prawdziwe i pełne.
 - Zostałem (-ałam) poinformowany (-ana) o sposobie postępowania po wykonanym znieczuleniu.
 - Zostałem (-ałam) poinformowany (-ana) o zasadach przyjmowania płynów i pokarmów w okresie przedoperacyjnym (płyny niegazowane, przezroczyste, lekko osłodzone do 120 minut przed wyznaczoną godziną zabiegu, pokarmy lekkostrawne do 6 godzin przed wyznaczoną godziną zabiegu - o ile lekarz operator nie zalecił inaczej).
 - Zostałem (-ałam) poinformowany / poinformowana o zasadach przyjmowania przed znieczuleniem leków na stałe zażywanych.
 - Zostałem (-ałam) poinformowany / poinformowana o zakazie spożywania alkoholu na 24 godziny przed planowanym znieczuleniem.
 - Zostałem (-ałam) / poinformowany (-ana) o następujących zakazach i zaleceniach:
 - Zakazie obsługiwanie niebezpiecznych maszyn i urządzeń przez 24h od momentu opuszczenia bloku operacyjnego lub sali zabiegowej.
 - Zakazie prowadzenia samochodu i innych pojazdów mechanicznych przez 24h od momentu opuszczenia bloku operacyjnego lub sali zabiegowej.
 - Zakazie podpisywania ważnych prawnie dokumentów przez 24h od momentu opuszczenia bloku operacyjnego lub sali zabiegowej.
 - Zakazie podejmowania ważnych decyzji przez 24h od momentu opuszczenia bloku operacyjnego lub sali zabiegowej.
 - Zakazie spożywania napojów alkoholowych przez 24h od momentu opuszczenia bloku operacyjnego lub sali zabiegowej.
3. Oświadczam, że zostałem / zostałam poinformowany (-ana) o konieczności zapewnienia sobie osoby towarzyszącej, pełnoletniej, która odbierze mnie ze szpitala po wykonanym znieczuleniu. Osobą taką nie może być taksówkarz. Dotyczy osób opuszczających Szpital do 24 godzin od momentu zakończenia znieczulenia.
4. Oświadczam, że zostałem poinformowany (-ana), że znieczuleniu mogą być podane jedynie osoby bez cech ostrej infekcji dróg oddechowych lub w okresie 14 dni od zakończenia jej leczenia.
5. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj/sposób znieczulenia może być zmieniony na inny ze względu na wskazania medyczne i moje dobro.
6. Świadomie i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na ewentualną, konieczną transfuzję krwi i preparatów krwiopochodnych.
7. Tekst powyższy przeczytałem (-ałam) i zrozumiałem (-ałam). Pytań ani wątpliwości nie mam.

Uwagi pacjenta lub lekarza:

Podpis lekarza

Podpis pacjenta:.....

Data:.....

Godzina:.....