GRUPA NOWY SZPITAL	Nowy Szpital w Szprotawie	**Standard:** **Prawa i obowiązki pacjenta (PP3)**
	Załącznik 4 do C-26	
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA KRÓTKOTRWAŁE ZNIECZULENIE DOŻYLNE	**Data wydania**
		Nr wydania 4

Nazwisko i imię: ..... PESEL: .....

Procedura endoskopowa/Procedura zabiegowa: .....

INFORMACJA DLA PACJENTA

Karta zawiera podstawowe wiadomości o metodzie krótkotrwałego znieczulenia dożylnego i związanych z nimi powikłań. Prosimy uważnie przeczytać i podpisać kartę. Dodatkowe pytania prosimy kierować do konsultującego Pana/Panią lekarza anestezjologa. Prawidłowe i szczegółowe poinformowanie lekarza w tracie badania o stanie zdrowia, instniejących lub przybytych chorobach, przyjmowanych lekach i ewentualnych zabiegach operacyjnych pozwoli na zredukowanie ryzyka powikłań związanych ze znieczuleniem.

Krótkotrwałe znieczulenbie dożylne - analgosedacja

Integralną częścią badania lub zabiegu jest znieczulenie. Znieczulenie jest wykonywane przez lekarza specjalistę anestezjologa oraz pielęgniarkę anestezjologiczną. Znieczulenie jest podawane drogą dożylną, po wcześniejszym założeniu wenflonu do żyły pacjenta. Pacjent zapada w krótkotrwały sen wywołany podanymi lekami. W trakcie znieczulenia chory nie odczuwa bólu, a jego świadomość zostaje wyłączona. W języku lekarskim ten rodzaj znieczulenia nazywany jest krótkotrwałym znieczuleniem dożylnym. Osoba przeprowadzająca znieczulenie posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe i doświadczenie w tej dziedzinie.

Przygotowanie przed znieczuleniem

Pacjentowi wykonuje się podstawowe badania krwi i inne, wskazane przez lekarza chirurga bądź anestezjologa, o ile zachodzi taka konieczność. Należy pobrać leki doustne, które zostały wcześniej zalecone przez lekarza (popijając niewielką ilością wody). Zwłaszcza dotyczy to leków na nadciśnienie i inne choroby serca, na astmę, choroby neurologiczne i psychiczne. Leki powodujące spadek krzepliwości krwi można odstawić tylko po konsultacji z lekarzem prowadzącym.

Anestezjolog zaznajomi się z wypełnioną przez pacjenta ankietą anestezjologiczną, aby poznać przeszłość chorobową i bezpiecznie móc przygotować chorego do znieczulenia.

Podczas badania/zabiegu standardowo monitorowane są funkcje życiowe organizmu oraz głębokość znieczulenia.

Po badaniu/zabiegu, w zależności od potrzeby i decyzji anestezjologa, chory zostanie przekazany na salę wybudzeń, na której może spędzać do kilku godzin, gdzie monitorowane będą podstawowe parametry życiowe.

O ile zakres badania/zabiegu i sposób postępowania to przewiduje, pacjent będzie mógł iść do domu w tym samym dniu, ale pod nadzorem drugiej osoby (pełnoletniej).

Opieka w domu w dniu przeprowadzonego badania/zabiegu- należy zastosować się do poleceń chirurga i anestezjologa. Nie wolno prowadzić samochodu, wykonywać precyzyjnych czynności przez 24 godziny. Nie wolno jeść pikantnych i tłustych potraw. Wymagany jest nadzór osoby pełnoletniej. **Powikłania po krótkotrwałym znieczuleniu dożylnym** dzięki nowoczesnym technikom znieczulenia, wysokim kwalifikacjom personelu anestezjologicznego, prawdopodobieństwo wystąpienia groźnych dla życia powikłań zostało zredukowane do minimum.

Powikłaniem jednak może być nieprawidłowa, najczęściej alergiczna reakcja na podane leki. Wśród innych powikłań należy wymienić zaburzenia pracy układu oddechowego, serca oraz ciśnienia tętniczego. Jeśli nawet doszłoby do wyżej wymienionych powikłań, należy pamiętać, że wyspecjalizowany personel anestezjologiczny jest przygotowany do natychmiastowego leczenia tych zaburzeń. W wyjątkowych sytuacjach zaburzenia te mogą okazać się na tyle głębokie, że może dojść do zatrzymania pracy serca i zgonu pacjenta. Należy jednak zaznaczyć, że prawdopodobieństwo tego zdarzenia jest niezwykle rzadkie w dobie współczesnej techniki i farmakologii. Czujemy się jednak w obowiązku poinformowania o nich.

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZNIECZULENIE KRÓTKOTRWAŁE DOŻYLNE

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL.....

Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) w sposób dla mnie zrozumiały o rodzaju, celu i przebiegu proponowanego znieczulenia, o przewidywanych korzyściach, możliwych powikłaniach oraz o sposobach postępowania w trakcie i po znieczuleniu.

Zostałem(-am) również poinformowany(-a) o dostępnych alternatywnych metodach znieczulenia, ich potencjalnych zaletach i ograniczeniach oraz o możliwych skutkach odmowy poddania się znieczuleniu.

Miałem(-am) możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia oraz uzyskałem(-am) zrozumiałe odpowiedzi na wszystkie pytania i wątpliwości.

Potwierdzam, że wszystkie przekazane informaje są dla mnie zrozumiałe, a decyzję o wyrażeniu zgody podjąłem(-am) samodzielnie, po uzyskaniu wystarczającej ilości czasu do jej rozważenia.

Zaznacz właściwe:

GRUPA NOWY SZPITAL	Nowy Szpital w Szprotawie	**Standard: Prawa i obowiązki pacjenta (PP3)**
	Załącznik 4 do C-26	
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA KRÓTKOTRWAŁE ZNIECZULENIE DOŻYLNE	**Data wydania**
		Nr wydania 4

☐ **Wyrażenie zgody** Po uzyskaniu powyższych informacji wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie proponowanego znieczulenia oraz niezbędnych czynności medycznych w jego trakcie i po zakończeniu.

Wyrażam zgodę na medycznie uzasadnione zmiany rodzaju lub zakresu znieczulenia, jeśli zajdzie taka potrzeba w trakcie postępowania anestezjologicznego, w celu ratowania życia lub zdrowia.

☐ **Odmowa zgody** Po uzyskaniu powyższych informacji odmawiam wyrażenia zgody na proponowane znieczulenie. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwych konsekwencjach tej decyzji, w tym o ryzyku bólu, pogorszenia stanu zdrowia lub zagrożenia życia.

Podpis lekarza:.....

Data:.....

Podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko: .....

Podpis:.....

Data:.....