

## Informovaný souhlas s provedením zdravotního/operačního výkonu: **PODÁNÍ ANESTEZIE**

**Pacient/ka:** \_\_\_\_\_ **Rodné číslo:** \_\_\_\_\_ **ZP:** \_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, titul*

**Zákonný zástupce, opatrovník:**

Jméno, příjmení, titul: \_\_\_\_\_ Narozen/a: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

**Informující lékař:** MUDr. \_\_\_\_\_

*Jméno a příjmení*

*Vážená paní, vážený pane !*

*V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař-anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestezii nebo v místním znecitlivění.*

*Celková anestezie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí nebo, bude-li si to přát, pouze v lehkém spánku. Bezbolestnost při místním znecitlivění je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.*

*Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi projedná a navrhne nejvhodnější způsob anestezie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám odpovíme na Vaše dotazy, týkající se anestézie.*

1. Souhlasím s poskytnutím anestezie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestezie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestezie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestezie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chrapt, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou způsobit komplikace během anestezie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu o nich informovat lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
6. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.

### SOUHLASÍM S NAVRHNUTÝM DRUHEM ANESTEZIE :

Celková anestezie     Spinální anestezie     Epidurální anestezie     Jiná svodná anestezie

Monitorovaná sedace-analgezie

### Prohlášení pacienta/pacientky:

**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a** o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. **Prohlašuji, že podaným informacím rozumím**, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. **Beru na vědomí**, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin. **Podpis pacienta/pacientky:** \_\_\_\_\_

**Podpis zák. zástupce, opatrovníka:** \_\_\_\_\_

**Podpis informujícího lékaře:** \_\_\_\_\_

### V případě, že se pacient/pacientka nemůže podepsat:

**Prohlášení svědka**, který byl projevem souhlasu přítomen. Jméno, příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatice, a.s., uveďte také adresu a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient/ka přede mnou projevila/a, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient/ka se nemůže podepsat z důvodu, že: \_\_\_\_\_

Pacient/ka projevila/a souhlas tak, že: \_\_\_\_\_

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin.

\_\_\_\_\_  
*podpis svědka*