

OŚWIADCZENIE I ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

Podpisywana w czasie konsultacji lekarza anestezjologa

Oświadczam, że lekarz

przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą jakie rodzaje znieczulenia umożliwią wykonanie operacji, której będę poddana/y oraz który rodzaj znieczulenia jest optymalny zważywszy na mój stan zdrowia. Niniejszym proszę o wykonanie, uzgodnionego podczas konsultacji anestezjologicznej:

- 1. znieczulenia ogólnego,
- 2. znieczulenia regionalnego, z analgosedacją / bez analgosedacji,
- 3. znieczulenia łączonego: ogólnego oraz regionalnego,
- 4. analgosedacji,
- 5. monitorowania i nadzoru anestezjologicznego,

do planowanego zabiegu operacyjnego.

Rozumiem, że przed i podczas znieczulenia / operacji może dojść do nieprzewidzianych komplikacji, które mogą wymagać zmiany rutynowego postępowania anestezjologicznego (np.: konieczność przetoczenia krwi, założenia cewników naczyniowych do żył centralnych i tętnic czy wykonania tracheotomii; niesatysfakcjonujący poziom znieczulenia; niemożność wykonania uzgodnionego rodzaju znieczulenia).

W związku z tym zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, za wyjątkiem:

Zgadzam się również na towarzyszące postępowanie pielęgnacyjne (np.: pobieranie krwi do badań, założenie sondy do żołądka, toaleta ciała) w czasie i w bezpośrednim okresie po znieczuleniu.

Jednocześnie oświadczam, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka powikłań oraz, że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałam/em wystarczającą ilość czasu:

Cieszyn, dnia

Podpis pacjenta (lub prawnego opiekuna) Podpis anestezjologa

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO DATA URODZENIA

PRZY KAŻDYM Z NICH PROSZĘ ZAZNACZYĆ TAK LUB NIE

|                                                                           |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Uczucie nierównej pracy serca                                             | TAK | NIE |
| Częsta duszność                                                           | TAK | NIE |
| Uczucie pieczenia / gniecenia / ściskania w klatce piersiowej             | TAK | NIE |
| Obrzęki nóg                                                               | TAK | NIE |
| Przewlekły kaszel, świszczący oddech                                      | TAK | NIE |
| Chrapanie                                                                 | TAK | NIE |
| Przedłużające się lub nawracające krwawienia (z nosa, po usunięciu zębów) | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek były problemy z anemią                                   | TAK | NIE |
| Problemy z krzepnięciem krwi w rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dzieci)     | TAK | NIE |
| Przetoczenie krwi                                                         | TAK | NIE |
| Osłabienie mięśni                                                         | TAK | NIE |
| Zaburzenia czucia (mrowienie, uczucie palenia skóry, brak czucia)         | TAK | NIE |
| Ograniczenia ruchomości szyi, rąk lub nóg                                 | TAK | NIE |
| Przewlekłe / częste dolegliwości bólowe                                   | TAK | NIE |
| Jeżeli tak, jakie?                                                        |     |     |

|                                                         |  |
|---------------------------------------------------------|--|
| Spadek masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy (o ile?) |  |
| Wzrost masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy (o ile?) |  |

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Uczulenia          | TAK | NIE |
| Jeżeli tak, na co? |     |     |
| 1.                 |     |     |
| 2.                 |     |     |

Jak wyglądały objawy uczulenia?

Inne dolegliwości

|                                                                                                                                         |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy potrzebowali Państwo pomocy w codziennych czynnościach (ubieranie, zakupy, gotowanie, sprzątanie itp.) | TAK | NIE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|

|                                                                                                                                                                                                           |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy potrzebowali Państwo pomocy lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty, wizyty pogotowia lub pobytu w szpitalu, z powodu nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia | TAK | NIE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|

|                            |     |     |
|----------------------------|-----|-----|
| Czy byli Państwo operowani | TAK | NIE |
|----------------------------|-----|-----|

|                                                                                                |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Czy w Państwa rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dzieci) występowały problemy podczas znieczulenia | TAK | NIE |
| Jeżeli tak, jakie?                                                                             |     |     |

|                                        |     |     |
|----------------------------------------|-----|-----|
| Używki (alkohol, papierosy, narkotyki) | TAK | NIE |
|----------------------------------------|-----|-----|

|                                                                                                                          |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Czy mają Państwo: ruchome zęby, ruchome protezy zębowe, szkła kontaktowe, aparat słuchowy, piercing, implanty silikonowe | TAK | NIE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|

|                       |     |     |          |
|-----------------------|-----|-----|----------|
| Czy jest pani w ciąży | TAK | NIE | NIE WIEM |
|-----------------------|-----|-----|----------|

Jeżeli mają Państwo dokumentację medyczną dotyczącą chorób i wykonanych badań, proszę ją dostarczyć.

Oświadczam, że wszelkie podane odpowiedzi są zgodne z prawdą i nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia.

Cieszyn, dnia Czytelny podpis pacjenta

Problemy zdrowotne, które mogą wystąpić w okresie okołooperacyjnym, przede wszystkim są następstwem obciążających Państwa chorób przewlekłych, dlatego **jest bardzo ważne, abyście postarali się Państwo wypełnić przedoperacyjną ankietę anestezjologiczną starannie i zgodnie z prawdą**, co umożliwi optymalne przygotowanie do zabiegu oraz redukcję ryzyka wystąpienia tych powikłań. Na drugim miejscu powikłania generuje sam zabieg, dlatego równie istotne jest, abyście Państwo dokładnie zapoznali się z proponowaną metodą leczenia operacyjnego, zwłaszcza odnośnie następstw takiego leczenia, w tym czasu powrotu do zdrowia i jakości życia. Również znieczulenie, które jest poważną ingerencją w czynności życiowe organizmu, wiąże się z określonym ryzykiem i nikt nie może zagwarantować Państwu, że wszystko potoczy się tak, jak jest to planowane. Jednakże powikłania związane **bezpośrednio** ze znieczuleniem bardzo rzadko są poważne lub uporczywe.

RODZAJE ZNIECZULEŃ

W zależności od rodzaju operacji mogą istnieć różne lub tylko jedna możliwości znieczulenia, szczegóły przedstawi Państwu anestezjolog podczas konsultacji. Poniżej ogólnie opisano rodzaje znieczuleń.

- 1. Znieczulenie ogólne (tzw. narkoza)** polega na podaży leków bezpośrednio do żyły lub do wdychanego powietrza, które powodują że pacjent śpi, nic go nie boli, nie rusza się. Podczas tego typu znieczulenia, często konieczna jest pomoc pacjetowi w oddychaniu (poprzez specjalną maskę przyłożoną do twarzy lub poprzez rurkę wprowadzoną do gardła lub tchawicy; często za pacjenta oddycha urządzenie zwane respiratorem). Takie znieczulenie jest możliwe do zastosowania do każdego rodzaju zabiegu.
- 2. Analgosedacja / sedacja** polega na podaży leków bezpośrednio do żyły lub do wdychanego powietrza, które powodują, że pacjent znajduje się w stanie półsnu. Podczas tego typu znieczulenia pacjent oddycha samodzielnie. Sedacja jest wystarczająca przy zabiegach o niewielkim nasileniu bólu. Często jest uzupełnieniem blokad centralnych lub regionalnych lub znieczulenia miejscowego (patrz niżej).
- 3. Znieczulenie podpajęczynówkowe / zewnątrzoponowe - blokada centralna (tzw. znieczulenie do pleców lub kręgosłupa)** polega na czasowym zniesieniu odczuwania bólu oraz zablokowaniu ruchu, w dolnych częściach ciała (od pasa w dół). Uzyskuje się je poprzez podaż leku znieczulającego w pobliże nerwów wychodzących z rdzenia kręgowego (tzw. punkcja); czasami anestezjolog może pozostawić w pobliżu nerwów specjalny cewnik aby po operacji można było podawać leki przeciwbólowe w sposób ciągły. Podczas tego znieczulenia pacjent zazwyczaj jest przytomny, ale można u niego zastosować sedację (patrz wyżej).
- 4. Blokada pojedynczych nerwów / grup nerwów - blokada regionalna** polega na czasowym zniesieniu odczuwania bólu i/ lub zniesieniu ruchu, w określonej okolicy ciała (najczęściej na kończynach). Uzyskuje się ją poprzez podaż leku znieczulającego w pobliże nerwów zaopatrujących daną okolicę ciała poprzez pojedyncze lub wielokrotne nakłucia; czasami znieczulenie uzyskuje się przez podaż leku do żyły kończyny w której za pomocą specjalnego mankietu zatrzymano na pewien czas przepływ krwi; czasami anestezjolog może pozostawić w pobliżu nerwów specjalny cewnik aby po operacji można było podawać leki przeciwbólowe. Podczas tego znieczulenia pacjent zazwyczaj jest przytomny, ale można u niego zastosować sedację (patrz wyżej).
- 5. Monitorowana Opieka Anestezjologiczna** polega na monitorowaniu przez anestezjologa parametrów życiowych pacjenta (oddech, ciśnienie, praca serca, świadomość) podczas zabiegu, który operator może wykonać w znieczuleniu miejscowym lub w przypadku jego minimalnej bolesności bez znieczulenia. Jeżeli będzie to konieczne (ból, niepokój, brak współpracy z pacjentem) anestezjolog interweniuje aby umożliwić bezpieczne wykonanie zabiegu (analgosedacja, znieczulenie ogólne, patrz wyżej).

NAJCZĘSTSZE POWIKŁANIA

**Bardzo częste**, częściej niż 1:10 (odpowiada zdarzeniu, które na pewno dotknie jedną osobę w Państwa rodzinie)



dreszcze



ból gardła



wymioty i nudności



przejściowe zaburzenia pamięci

**Częste**, pomiędzy 1:10 do 1:100 (odpowiada zdarzeniu u jednego człowieka na ulicy na której Państwo mieszkają)



chrypka



ból głowy



zasinienie i ból w miejscu podłączenia kroplówki



urazy jamy ustnej



czasowe zatrzymanie moczu

**Niezbýt częste**, pomiędzy 1:100 do 1:1000 (odpowiada zdarzeniu u jednego mieszkańca małej wsi)



przejściowe uszkodzenie nerwów



powrót świadomości podczas znieczulenia ogólnego

**Rzadkie**, pomiędzy 1:1000 do 1:10000 (odpowiada zdarzeniu u jednej osoby w małym miasteczku)



trwałe uszkodzenie nerwów



uszkodzenie oka



uszkodzenie zębów wymagające leczenia stomatologicznego



ciężkie reakcje uczuleniowe po podaniu leku

**Bardzo rzadkie**, powyżej 1:10000 (odpowiada zdarzeniu u jednej osoby w dużym mieście), ryzyko związane z wypadkami w normalnym życiu - na przykład poważny wypadek w domu czy potrącenie na przejściu dla pieszych - jest większe niż ryzyko zdarzeń opisanych poniżej



trwała utrata wzroku



śmierć bezpośrednio związana ze znieczuleniem

Podczas wizyty anestezjolog omówi również inne problemy wiążące się ze znieczuleniem, jeżeli uzna je za istotne w Państwa przypadku. Państwo również powinni zgłosić swoje obawy, związane ze znieczuleniem, w trakcie konsultacji. Po wizycie konsultacyjnej dostaniecie Państwo do domu powyższy dokument. Proszę ponownie go przeczytać, omówić z bliskimi osobami zaproponowany sposób znieczulenia. W przypadku pojawienia się wątpliwości, po przyjęciu do szpitala a przed zabiegiem, proszę zgłosić prośbę o ponowną rozmowę z anestezjologiem, który postara się wyjaśnić nurtujące Państwa problemy.