ЗГОДА НА ПРОВЕДЕННЯ АНЕСТЕЗІЇ

Ім'я та прізвище .....
Номер PESEL.....

Ім'я та прізвище.....
Номер історії хвороби.....

ЗАЯВА ПАЦІЄНТКИ / ПАЦІЄНТА
ТА ЗГОДА НА ПРОВЕДЕННЯ АНЕСТЕЗІЇ

Підписується під час візиту анестезіолога

Я підтверджую, що лікар.....
провів зі мною бесіду, пояснивши, які види анестезії дозволять провести операцію та який вид анестезії є оптимальним з огляду на стан мого здоров'я. Даю згоду на погоджену під час консультації анестезіолога:

1. **загальну анестезію,**
2. **місцеву анестезію, з/без анальгоседацією,**
3. **комбіновану анестезію: загальну та місцеву,**
4. **анальгоседацію,**
5. **анестезіологічний моніторинг і нагляд,**

для планової операції.

Примітки: .....
.....
.....

Я розумію, що під час анестезії/хірургічного втручання можуть виникнути несподівані ускладнення, які можуть вимагати зміни звичайної процедури анестезії (наприклад, переливання крові, застосування центральних венозних та артеріальних катетерів або виконання трахеотомії; незадовільний рівень анестезії; неможливість виконання погодженого типу анестезії). У зв'язку з чим, я погоджуюся на медично обґрунтовані зміни або розширення процедури проведення анестезії, за винятком:.....

Я також погоджуюся на супутні процедури під час проведення та відразу після анестезії (наприклад, взяття крові для аналізів, введення шлункового зонда, туалет тіла).

Водночас я заявляю, що я мав/мала необмежену можливість поставити запитання щодо анестезії, пов'язаних з цим ризиків ускладнень, і отримав/ла зрозумілі для мене відповіді. Я даю свою згоду після прийняття самостійного рішення, для прийняття якого в мене було достатньо часу.

Цешин, ...

Підпис пацієнта (або законного представника) Підпис лікаря-анестезіолога

Załącznik nr 3
do Zarządzenia wewnętrznego nr 222 z 17.10.2022 r.

ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

Imię i nazwisko:.....
PESEL .....

Oddział
Numer historii choroby.....

OŚWIADCZENIE PACJENTKI / PACJENTA
I ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

Podpisywana w czasie wizyty lekarza anestezjologa

Oświadczam, że lekarz.....
przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą jakie rodzaje znieczulenia umożliwią wykonanie operacji oraz który rodzaj znieczulenia jest optymalny zważywszy na mój stan zdrowia. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie uzgodnionego podczas konsultacji anestezjologa:

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

do planowanego zabiegu operacyjnego.

Uwagi:.....
.....
.....

Rozumiem, że 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 w czasie i w bezpośrednim okresie po znieczuleniu postępowanie pielęgnacyjne (np.: pobieranie krwi do badań, założenie sondy do żołądka, toaleta ciała).
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,.....

Podpis pacjenta (lub prawnego opiekuna) Podpis anestezjologa