



INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA

Nazwisko i imię:	PESEL/Data urodzenia
Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego:	

Przed operacją

Przed planowanym znieczuleniem spotka się Pan/Pani z lekarzem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który zaproponuje i omówi najlepszy sposób znieczulenia, uwzględniający stan Pana/Pani zdrowia i rodzaj planowanej procedury. Szczegółowe informacje dotyczące Pana/Pani zdrowia, należy umieścić w formularzu **Ankiety Szpitalnej**. Aby zaakceptować rodzaj proponowanego znieczulenia musi Pan/Pani potwierdzić ten fakt swoim czytelnym podpisem w formularzu **Świadoma Zgoda na Znieczulenie**.

Lekarz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii może zlecić leki zmniejszające uczucie niepokoju i strachu występujące typowo w okresie przed zabiegowym, wówczas lek uspokajający otrzyma Pan/Pani około 1 godzinę przed zabiegiem. Ponieważ leki te mogą powodować senność i zawroty głowy, należy je zażyć po czynnościach higienicznych i pozostać w łóżku.

Zaleganie pokarmu w żołądku w czasie zabiegu może spowodować groźne dla zdrowia i życia powikłania.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Anestezjologicznego (2011) należy bezwzględnie powstrzymać się od spożycia:

- pokarmów stałych na 6 godzin przed operacją u dorosłych i dzieci,
- płynów klarownych (w tym wody, klarownych soków oraz herbaty lub kawy bez mleka) do 2 godzin przed operacją,
- płynów zawierających mleko do 6 godzin przed zabiegiem,
- niemowlęta mogą być karmione przed operacją w trybie planowym:
 - mlekiem kobiecym do 4 godzin przed zabiegiem,
 - mlekiem sztucznym, mieszankami mlecznymi do 6 godzin przed operacją,
 - płynami klarownymi do 2 godzin przed operacją.

Jeżeli Pan/Pani leczy się z powodu chorób przewlekłych (np. kardiologicznych, neurologicznych, endokrynologicznych, internistycznych, onkologicznych) w przypadku zabiegów planowych, należy dołączyć zaświadczenie lekarza prowadzącego o stanie zdrowia i stopniu zaawansowania choroby, a także zalecenia na temat postępowania w okresie okołooperacyjnym.

Dzień operacji

Przed planowym zabiegiem proszę postępować zgodnie z instrukcją przygotowania do zabiegu operacyjnego.

Na sali zabiegowej

W czasie zabiegu/ procedury lekarz prowadzący znieczulenie kontroluje pracę ważnych dla życia narządów przy pomocy aparatów monitorujących, ze szczególnym uwzględnieniem czynności:

- Układu krążenia – ciśnienie tętnicze krwi, tętno, EKG,
- Układu oddechowego – wysycenie krwi tętniczej tlenem i parametry wentylacji płuc

Rodzaje znieczulenia

- **Znieczulenie ogólne** - wywołuje stan naśladujący głęboki sen, znosi świadomość i odczuwanie bólu w całym organizmie. W trakcie tego znieczulenia podawane są drogą wziewną (gazy anestetyczne) i/lub dożylną (leki anestetyczne). Znieczulenie to zwykle wymaga zabezpieczenia drożności dróg oddechowych rurką intubacyjną lub maską krtaniową oraz oddechu zastępczego.
- **Znieczulenie regionalne:** podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokada nerwów i splotów. Pacjent jest przytomny, ale nie odczuwa bólu, dzięki zablokowaniu przewodnictwa w nerwach. W określonych sytuacjach metody te mogą być łączone.

Ból pooperacyjny

W czasie operacji dochodzi do uszkodzenia tkanek, co wywołuje ból. Jego intensywność zależy od rodzaju i rozległości operacji oraz wrażliwości osobniczej. Najsilniejsze dolegliwości bólowe towarzyszą operacjom jamy brzusznej i klatki piersiowej. W tych przypadkach bardzo silny ból może utrzymywać się do 3-4 dni. Znacznie krócej trwający ból towarzyszy operacjom np. przepukliny, tarczycy lub operacjom laparoskopowym. Dlatego w czasie zabiegu, jak i we wczesnym okresie pooperacyjnym stosuje się odpowiednie metody leczenia bólu, pozwalające przetrwać pacjentom ten trudny okres. Poziom bólu odczuwanego przez pacjenta jest systematycznie monitorowany celem dostosowania odpowiedniego leczenia. Leki p/bólowe podawane są dożylnie, podskórnym lub przez specjalny cewnik przewodowo.

Okres pooperacyjny

Po operacji będzie Pan/Pani leczony w Sali Wybudzeń Bloku Operacyjnego lub Sali Pooperacyjnej oddziału, tak długo jak to będzie konieczne. Pobyt w Sali Wybudzeń/ Sali Pooperacyjnej zwiększa margines bezpieczeństwa we wczesnym okresie pooperacyjnym. Ciągły nadzór pielęgniarski oraz monitorowanie pracy płuc, serca i innych narządów pozwala wcześniej wykryć ewentualne zagrożenia i podjąć natychmiastowe działania.

Powikłania i działania niepożądane

Świadczeniom medycznym zawsze towarzyszy ryzyko wystąpienia powikłań. Stopień ryzyka zależy od wielu czynników, m.in.: choroby podstawowej, chorób towarzyszących, wieku chorego, rozległości i miejsca planowanej operacji oraz jej trybu.

Ryzyko zabiegu jest znacznie podwyższone u chorych otyłych, obciążonych chorobowo (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, cukrzyca, astma, niewydolność nerek, zespół zależności alkoholowej, nikotynizm), a także u kobiet ciężarnych i chorych z pełnym żołądkiem.

Należy podkreślić, że w zdecydowanej większości przypadków powikłania są następstwem zaburzeń wywołanych przez chorobę podstawową lub choroby towarzyszące.

Do powikłań znieczulenia ogólnego należą: nudności i wymioty pooperacyjne, dreszcze, bóle gardła, bóle mięśni, uszkodzenia zębów, przejściowy spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego, zachłyśnięcie treścią pokarmową z zapaleniem płuc, reakcja uczuleniowa na leki, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia serca lub zawał, zatrzymanie pracy serca, hipoksyiczne uszkodzenie mózgu.

Do powikłań znieczulenia regionalnego należą: popunkcyjne bóle głowy i pleców, przemijające utrudnienie w samodzielnym oddawaniu moczu, przemijające zaburzenia czucia związane z uciskiem na przebiegu nerwu, zapalenie opon mózgowych lub mózgu, krwiak kanału kręgowego.

Uwagi i środki ostrożności

Wstawanie z łóżka.

Częsta zmiana ułożenia ciała po operacji warunkuje szybki powrót do zdrowia. Jednak w trosce o bezpieczeństwo pacjenta należy:

- Po operacji powoli wstawać z łóżka w obecności pielęgniarki lub lekarza i po uzyskaniu ich zgody,
- Przez 2-3 dni po operacji zachować ostrożność przy zmianie pozycji z leżącej na stojącą (nie „zrywać się” nagle z łóżka),
- Po znieczuleniu podpajęczynówkowym przez minimum 6 godzin pozostać w łóżku w pozycji leżącej, nie podnosząc głowy z poduszki (można kręcić głową na boki). Nie zastosowanie się do tego zalecenia może spowodować ból głowy.

Picie płynów i spożywanie posiłków

Po operacji większość pacjentów odczuwa pragnienie, suchość i niesmak w ustach, dlatego chociaż nie można pić, należy zwilżać usta i język wodą (np. przy pomocy zwilżonego gazika). Zezwolenie na picie płynów z określeniem ich objętości, czy spożywanie posiłków wydaje lekarz, który zna zakres i przebieg operacji oraz rodzaj zastosowanego znieczulenia.

Życzymy Panu/Pani szybkiego powrotu do zdrowia
Zespół Anestezjologiczny

OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE ZNIECZULENIEM:

HR

RR.....

ASA

Skala Mallampati



Współczynnik kruchości powyżej 65rż:

- Niezamierzona utrata wagi ciała powyżej 4,5 kg w ciągu roku
- Skargi na wyczerpanie i osłabienie
- Niska aktywność fizyczna

TAK

NIE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rodzaj proponowanego znieczulenia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> analgesedacja | <input type="checkbox"/> ogólne dożylnie |
| <input type="checkbox"/> monitorowany nadzór anestezyjologiczny | <input type="checkbox"/> ogólne dotchawicze |
| <input type="checkbox"/> regionalne miejscowe | <input type="checkbox"/> regionalne przewodowe |
| <input type="checkbox"/> podpajęczynówkowe | <input type="checkbox"/> zewnątrzoponowe |
| <input type="checkbox"/> CSE (łączone znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe) | |
| <input type="checkbox"/> znieczulenie splotów i nerwów obwodowych (z określeniem strony ciała)..... | |

Uwagi lekarza kwalifikującego do znieczulenia dotyczące wywiadu, badania fizykalnego:

Konieczne konsultacje z określeniem problemów do rozstrzygnięcia:

WYRAŻENIE ŚWIADOMEJ ZGODY *

W pełni świadomy/a **wyrażam zgodę** na wykonanie proponowanej **PROCEDURY ZNIECZULENIA:**

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego

.....
Data kwalifikacji

.....
pieczętka i podpis lekarza kwalifikującego

OŚWIADCZENIE LEKARZA UZYSKUJĄCEGO ŚWIADOMĄ ZGODĘ

Stwierdzam, że w sposób przystępny i zrozumiały przedstawiłem pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu pacjenta (niepotrzebne skreślić):

- 1) szczegółowy opis znieczulenia, jego celowość i oczekiwany wynik, a także potencjalne zagrożenia oraz powikłania typowe i rzadkie mogące wystąpić w wyniku proponowanego znieczulenia,
- 2) następstwa rezygnacji z proponowanego zabiegu/procedury,
- 3) ewentualną potrzebę zmodyfikowania sposobu zabiegu/procedury w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku proponowanego zabiegu/procedury,

Stwierdzam, że pacjent/przedstawiciel ustawowy pacjenta uzyskał wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania w szczególności dotyczące:

- 1) proponowanych oraz alternatywnych metod znieczulenia
- 2) dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- 3) przewidywanych wyników znieczulenia i możliwych powikłaniach
- 4) postępowania pozabiegowego

.....
Data, godzina

.....
Podpis oraz pieczętka lekarza uzyskującego świadomą zgodę

OŚWIADCZENIE PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA

(niepotrzebne skreślić) :

W pełni świadomy oświadczam, że :

- 1) zapoznałem/-łam się ze szczegółowym opisem znieczulenia, jego celowością i oczekiwanym wynikiem, a także potencjalnymi zagrożeniami oraz powikłaniami typowymi i rzadkimi mogącymi wystąpić w wyniku proponowanego znieczulenia (Informacja dla pacjenta na temat znieczulenia),
- 2) poinformowano mnie również o następstwach rezygnacji z proponowanego znieczulenia,
- 3) poinformowano mnie także o ewentualnej potrzebie zmodyfikowania sposobu z w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w trakcie znieczulenia.
- 4) stwierdzam, że przekazane mi informacje były przystępne, wyczerpujące i zrozumiałe. Rozumiem także, że otrzymane informacje, zwłaszcza o powikłaniach, mogą nie być wszystkimi możliwymi, które mogą mnie dotyczyć.
- 5) miałem/łam możliwość zadawania pytań i otrzymania na nie wyczerpujących odpowiedzi.

Uwagi pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta co do proponowanej diagnostyki i terapii:

.....
.....
.....

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego

COFNIĘCIE ŚWIADOMEJ ZGODY *

Poinformowany/a o ewentualnych skutkach mojej decyzji dla zdrowia i życia w pełni świadomie **cofam zgodę** wyrażoną na wykonanie **PROCEDURY ZNIECZULENIA**.

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego

.....
Data, godzina

.....
Podpis oraz pieczętka lekarza przyjmującego oświadczenie

NIEWYRAŻENIE ŚWIADOMEJ ZGODY *

Poinformowany/a o ewentualnych skutkach mojej decyzji dla zdrowia i życia w pełni świadomie **nie wyrażam** zgody na wykonanie **PROCEDURY ZNIECZULENIA**.

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego

.....
Data, godzina

.....
Podpis oraz pieczętka lekarza przyjmującego oświadczenie

*W przypadku braku możliwości podpisania oświadczenie przez pacjenta (właściwe zaznaczyć znakiem x):

- wyrażenia świadomej zgody
- niewyrażenia świadomej zgody
- cofnięcia świadomej zgody

lekarz stwierdzający ten fakt zobowiązany jest odnotować powód odstąpienia od uzyskania podpisu w miejscu poniżej:

.....
.....
.....

.....
Podpis oraz pieczętka lekarza przyjmującego oświadczenie

WYKONANIE ZABIEGU/PROCEDURY BEZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PODSTAWIE:

- art. 34.7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Potwierdzenie przez dwóch lekarzy: 1.
Data, godzina, pieczętka i podpis lekarza

2.
Data, godzina pieczętka i podpis lekarza

z poinformowaniem pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sądu opiekuńczego (właściwe podkreślić)

- zgody sądu (w załączeniu)

Uwagi:

.....