



IMIĘ I NAZWISKO: Oddział
PESEL: 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