

Świadoma zgoda na znieczulenie ogólne dożyłne do krótkotrwałej procedury diagnostycznej – gastroscopia lub/i kolonoskopia

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL :

Imię i nazwisko opiekuna prawnego pacjenta:

.....

PESEL :

Imię i nazwisko opiekuna prawnego pacjenta:

.....

PESEL :

Informacja na temat znieczulenia ogólnego dożyłnego.

Przed podpisaniem zgody na znieczulenie bardzo istotne jest ,żeby opiekunowie prawni przeczytali i dokładnie zrozumieli treść poniższej informacji.

Podstawowym celem krótkotrwałego znieczulenia ogólnego jest zapewnienie pacjentowi komfortu w trakcie zabiegu diagnostycznego lub / i leczniczego

Proponowany Państwu zabieg gastroscopia/kolonoskopia wymaga znieczulenia ogólnego dożyłnego, które wykonuje zespół anestezjologiczny, czyli lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką anestezjologiczną. Zespół powyższy odpowiada nie tylko za prowadzenie znieczulenia, ale również za stan ogólny pacjenta (nadzoruje pacjenta za pomocą monitorowania ciągłego prowadzonego w trakcie znieczulenia i w okresie pooperacyjnym).

Do krótkotrwałych zabiegów lub procedur diagnostycznych o niewielkiej rozległości i niewielkim natężeniu bólu śród i pooperacyjnego możliwe jest podanie leków znieczulających drogą dożylną. Uzyskuje się w ten sposób stan krótkotrwałego, płytkiego snu (zabrania świadomości) ze zniesieniem odczuwania bólu czyli łącznie krótkotrwałe znieczulenie ogólne.

Początek znieczulenia następuje po kilkudziesięciu sekundach od podania lekarstwa nasennego dożylnie. Podczas zasypiania mogą wystąpić przejściowe zawroty głowy, a także czasem występuje przemijające uczucie pieczenia w miejscu wstrzyknięcia leku. W trakcie znieczulenia pacjent śpi płytko, odruchy obronne- połykanie i kaszel- mogą być osłabione lub zniesione. Oddech własny może być spłycony i jest wspomagany tlenoterapią przez maskę lub wąsy tlenowe.

Głębokość znieczulenia ogólnego dożyłnego jest dostosowana do czasu trwania i rozległości zabiegu.

Krótkotrwałe znieczulenie ogólne niesie ze sobą ryzyko wystąpienia niedrożności dróg oddechowych i zachłyśnięcia treścią pokarmową.

WIP ENDOSKOPIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ADRES: Płowiecka 103, 04-501 Warszawa, Polska
NIP: 9522263602, REGON: 540350087, Numer księgi rejestrowej 000000287346.
TELEFON ENDOSKOPIA 570 197 139



Dlatego konieczne jest planowe powstrzymanie się od posiłków 6 godzin i picia wody 4 godziny przed zabiegiem.

Powikłania takiego znieczulenia występują niezmiernie rzadko, ale najczęstsze to :

- ból i pieczenie w miejscu podania leków (przemijające w ciągu kilkunastu sekund)
- pęknięcie żyły, krwiak w miejscu podawania leków, stan zapalny żyły,
- reakcje uczuleniowe na podane leki
- spłytenie lub spowolnienie oddychania, niedrożność dróg oddechowych , skurcz krtani i oskrzeli - wymagające wentylacji wspomaganą
- zachłyśnięcie treścią pokarmową
- spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego
- zaburzenia rytmu serca
- nudności i wymioty , złe samopoczucie bezpośrednio po zabiegu
- zaburzenia równowagi, widzenia, orientacji i postrzegania bezpośrednio po zabiegu

Po zakończeniu zabiegu i pełnym wybudzeniu pacjent jest obserwowany przez okres około 1 godziny na sali intensywnego nadzoru, czyli pod bezpośrednią opieką pielęgniarską i stałym monitorowaniem parametrów życiowych.

Następnie pacjent jest oceniany przez lekarza i wypisywany do domu.

Świadoma zgoda pacjenta na znieczulenie ogólne dożylnie :

1. Oświadczam, że świadomie i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę jako opiekun prawny małoletniego na zaproponowane mi znieczulenie ogólne dożylnie do krótkotrwałej procedury diagnostycznej gastroscopia/kolonoskopia i na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed i pooperacyjnym.
2. Oświadczam ,że :
 - zapoznałem się z powyższymi informacjami na temat danego rodzaju znieczulenia
 - zapewniono mi wystarczającą ilość czasu na zaznajomienie się z treścią powyższego formularza
 - w pełni zrozumiałem informacje zawarte w powyższym formularzu i przekazane mi w trakcie rozmowy z anestezjologiem –dr.....
 - zrozumiałem na czym polega zaproponowane mi znieczulenie
 - zostałem poinformowany o możliwych ,dających się przewidzieć powikłaniach, następstwach z nim związanych
 - wszelkie wątpliwości dotyczące zaproponowanego znieczulenia zostały mi wyjaśnione

-zapewniono mi w trakcie przeprowadzonej konsultacji nieograniczoną możliwość zadawania pytań

3. Oświadczam, że w trakcie konsultacji nie zataiłem żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia małoletniego pacjenta, a umieszczone informacje w formularzu „Informacja o stanie zdrowia” są prawdziwe i pełne.

4. Oświadczam, że zostałem poinformowany o:

- zasadach przyjmowania płynów i pokarmów w okresie przedoperacyjnym i pacjent w ten sposób jest przygotowany

- zasadach przyjmowania przed znieczuleniem leków na stałe zażywanych.

5. Oświadczam, że zostałem poinformowany o tym, że znieczuleniu mogą być poddane tylko i wyłącznie osoby które nie mają i nie miały w ciągu ostatnich 14 dni cech infekcji dróg oddechowych.

6. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeśli wystąpią uzasadnione wskazania medyczne rodzaj znieczulenia może zostać zmieniony na inny w trakcie zabiegu ze względu na dobro małoletniego pacjenta.

Tekst powyższy przeczytałem i w pełni zrozumiałem.

Uwagi pacjenta/lekarza:.....

Podpis i data opiekuna prawnego pacjenta:.

Podpis i data opiekuna prawnego pacjenta:.

Podpis i data pacjenta (od 16 roku życia)

Podpis i data lekarza: