

Pracoviště (klinika, oddělení):

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____
Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne mi byla lékařem podána informace o mém zdravotním stavu a poté jsem byl/a lékařem poučen o navrhovaných zdravotních službách spočívajících ve zdravotním výkonu / zdravotních výkonech, který/é mi má/mají být proveden/y. Jedná se o:

ANESTÉZIE (ZNECITLIVĚNÍ), KTERÁ JE NEZBYTNÁ K PROVEDENÍ TERAPEUTICKÉHO ZÁKROKU, DIAGNOSTICKÉHO VYŠETŘENÍ

Účelem tohoto zdravotního výkonu je vyřazení vnímání všech vjemů souvisejících se zákrokem.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Anestézii provede odborný lékař – anesteziolog, který Vám navrhne takový způsob znečitlivění, který je pro daný zákrok nejvhodnější a pro Vás nejméně zatěžující.

Podstoupíte celkovou anestézií, která vyřazuje na dobu nezbytně nutnou vědomí a vnímání bolesti v celém těle. Přechodně se budete nacházet ve stavu podobném spánku.

Podstoupíte analgosedaci, která reprezentuje vedle útlumu vnímání odstranění vnímání všech vjemů ve vyšetřovaných oblastech nebo přímo v místě zákroku.

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Celkové znečitlivění s vyřazením vědomí
Analgosedace s celkovým útlumem vnímání.
Není rozumná alternativa.

Vzal jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:**

Celkové znečitlivění - dobrá kontrola základní životních funkcí během velkých výkonů.
Analgosedace – zatěžuje minimálně organismus pacienta.

ale současně tyto **nevýhody:**

Každý typ znečitlivění má své výhody a nevýhody. Dle návrhu lékaře souhlasím se způsobem znečitlivění, který je pro mě a daný druh výkonu nejvhodnější.



PROTON
THERAPY
CENTER

Proton Therapy Center Czech

Budínova 1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ANESTEZIÍ

PTC IS ANEST 01

Strana 2 z 3

Verze číslo: 2

Byl jsem dále poučen, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

Žádný výkon není bez rizika, ale znecitlivění podané zkušeným anesteziologem má minimální riziko. Velmi závažné a život ohrožující komplikace jsou extrémně vzácné, dokonce i u pacientů se zdravotní zátěží.

Beru na vědomí, že v souvislosti s provedením uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

Vzhledem k riziku vdechnutí zvratků při výkonu nebudu ve vlastním zájmu minimálně **6 hodin před a 2 – 4 hodiny po** plánovaném zákroku, jíst a pít, nebudu kouřit. Před operací odstraním snímatelné zubní protézy, kontaktní čočky a další pomůcky podporující smyslové vnímání. Z těla odstraním make-up, lak na nehty a ozdobné předměty.

V souvislosti s přechodným zavedením pomůcek do dýchacích cest při celkové anestézii mohou mimořádně pociťovat krátkodobě bolesti v krku. Zřídka se může vyskytovat nevolnost, zvracení.

Po ambulantní anestézii musí být pacient po uplynutí lékařem stanoveného intervalu pobytu v nemocničním zařízení odvezen určeným dopravním prostředkem domů v přítomnosti doprovodu.

Byl/a jsem poučen/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

Byl/a jsem poučen/a o svém právu vzdát se podání informace o zdravotním stavu.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, k jehož prostudování jsem měl/a dostatek času a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Měl/a jsem tyto doplňující otázky:

1.....

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně a svobodně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

**ANESTÉZIE (ZNECITLIVĚNÍ),
KTERÁ JE NEZBYTNÁ K PROVEDENÍ TERAPEUTICKÉHO ZÁKROKU,
DIAGNOSTICKÉHO VYŠETŘENÍ**

Jako zákonní zástupci (* zaškrtněte jednu možnost):

- nezletilého pacienta,
 pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo
 pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

svým podpisem stvrzujeme, že jsme obdrželi příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Názor nezletilého pacienta, který je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se, a názor pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo důvod pro který nemohl být názor pacienta zjištěn:

.....
.....

Vlastnoruční podpis pacienta/zákonných zástupců*:
(* nehodící se škrtněte)

V Praze dne

Jmenovka a podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:
(Vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů)

.....
Jméno a příjmení 1. svědka, podpis

.....
Jméno a příjmení 2. svědka, podpis