

# INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (zákonného zástupce) S PODÁNÍM ANESTÉZIE V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍM ZÁKROKEM



DĚTSKÁ  
CHIRURGIE  
PRAHA

## Identifikační údaje pacienta:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

## Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Vztah k pacientovi:

## Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Vztah k pacientovi:

## Vysvětlující pohovor provedl (razítko a podpis lékaře):

### I. Informace o výkonu:

Vaše dítě (osoba svěřená) podstoupí operační výkon v celkové anestézii. Celková anestézie je farmakologicky navozený stav, ve kterém je vyřazeno vědomí a vnímání bolesti celého těla. Je používána u operačních výkonů, které nelze provést v místním umrtvení. Další indikací celkové anestézie je snížená schopnost spolupráce pacienta u výkonu – tzv. neošetřitelný pacient.

Při celkové anestézii je zajištěn periferní žilní vstup flexibilní kanylou, jsou podávána inhalační a nitrožilní anestetika, v některých případech též svalová relaxancia, což jsou farmaka vyvolávající dočasnou svalovou paralýzu. Zajištění dýchacích cest bude provedeno podle charakteru výkonu endotracheální rourkou, laryngeální či obličejovou maskou. Pacient bude po celou dobu výkonu napojen na monitor vitálních funkcí. Po operaci – po stabilizaci životních funkcí – bude dítě přeloženo na dospávací lůžko, kde pod odborným dohledem setrvá do úplného probuzení. Po plné stabilizaci stavu Vám bude dáno svolení s odvozem dítěte do domácího prostředí. Vy jej odvezete autem (ne prostředky hromadné dopravy) za doprovodu dvou dospělých osob (1 řidič a 1 dohled k dítěti).

### II. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Žádný zákrok ani anestézie není zcela bez rizika. Naprostá většina komplikací, jako např. nevolnost a zvracení, bolesti v krku nebo chrapot po intubaci, bolesti svalů po podání svalových relaxancií, sice pacienta obtěžují, ale rychle odezní. Závažné, život ohrožující komplikace při anestézii jsou vzácné. Pro jejich minimalizaci či eliminaci je nezbytná Vaše spolupráce s anesteziologem. Je naprosto zásadní dodržet časový požadavek na absolutní lačnost před výkonem – příjem jídla přerušit minimálně 6 hodin

před plánovaným výkonem, příjem tekutin naposledy 3 hodiny před plánovaným výkonem (max. 1 dcl nedráždivé tekutiny – čaj, šťáva, voda). Dále je nezbytné pravdivě informovat lékaře o případných alergiích, celkovém zdravotním stavu, chronických i akutních onemocněních a užívaných lécích.

### III. Informovaný souhlas rodičů (zákonného zástupce):

**Prohlašujeme**, že jsme byli srozumitelně informováni o plánovaném způsobu anestézie včetně upozornění na možné komplikace. Považujeme poučení za dostatečné a souhlasíme s provedením výkonu v celkové anestézii.

**Souhlasíme s** těmito následujícími **léčebnými postupy a vyšetřením v nutném rozsahu**, které sníží rizika anestézie. Mezi tyto základní postupy patří zajištění průchodnosti dýchacích cest a dostatečné plicní ventilace pomocí speciálních pomůcek a postupů. Vzácně při ní (je-li obtížná) může dojít k poškození chrupu včetně nesnímatelných náhrad či poranění měkkých tkání v ústní nebo nosní dutině.

**Byli jsme poučeni** o nutnosti předoperační přípravy (především omezení přísunu jídla a pití) a ve vlastním zájmu dodržíme všechna nařízení anesteziologa.

**Prohlašujeme**, že jsme anesteziologovi sdělili všechny nám známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh výkonu (užívané léky, alergie, všechna přidružená onemocnění).

**Bereme na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu bude osoba, které jsem zákonným zástupcem, do jisté míry omezen/a v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti.** Především může být po určitou dobu (až 24 hodin) ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. V případě ambulantních výkonů je proto nezbytné zajistit doprovod operované osobě. V následujících 24 hodinách se nebude osoba, které jsem zákonným zástupcem, věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost!

**Prohlašujeme a svým vlastnoručním podpisem potvrzujeme, že lékař, který mi poskytl poučení, nám osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měli jsme možnost klást mu otázky, na které řádně odpověděl. Prohlašujeme, že jsme shora uvedenému poučení plně porozuměli a výslovně souhlasíme s provedením zdravotního výkonu.**

Bereme na vědomí, že během anestézie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu vyžadující modifikaci předem domluveného postupu při výkonu a dáváme svolení k překročení tohoto oprávnění v zájmu zajištění života a zdraví osoby, které jsme zákonným zástupcem, včetně návazné resuscitační či intenzivní péče.

Současně **prohlašujeme**, že v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasíme s tím, aby byly provedeny veškeré potřebné a neodkladné výkony a léčebné postupy nutné k záchraně života nebo zdraví osoby, které jsme zákonným zástupcem.

### Informace o zdravotním stavu je možno v případě nutnosti či jejich dotazu podat této osobě (osobám):

Jméno a příjmení:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Jméno a příjmení:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Jméno a příjmení:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta, zákonného zástupce, opatrovníka

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta, zákonného zástupce, opatrovníka