Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989,
Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, tel.: 577 552 287

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S PODÁNÍM ANESTEZIE

Vážená paní, vážený pane,
účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze, účelu a průběhu provádění anestezie a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas. Vámi poskytnuté informace podléhají povinné mlčenlivosti.

Pacient/ka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta/ky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient) ……..……..

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

Název výkonu:

☐ **Celková anestézie** ☐ **Analgosedace** ☐ **Regionální / místní anestézie**

Účel výkonu

Anestezie umožní klidné provedení léčebné nebo diagnostické operace, případně vyšetření, které provází vnímání bolestivých a jiných nepříjemných pocitů. Odborný lékař – anesteziolog Vám po dobu chirurgického operačního výkonu nebo bolestivého vyšetření zajistí celkové nebo místní znecitlivění za pomocí níže uvedených postupů. Aby anestezie proběhla bezpečně, prosíme vás o poskytnutí pravdivých údajů v dotazníku. Vámi poskytnuté informace podléhají povinné mlčenlivosti.

Povaha výkonu

Celková anestezie (narkóza) je přechodně navozený stav bezvědomí a sníženého nebo zcela vymizelého vnímání bolesti, který vzniká po podání léků, které Vám podá anesteziolog a anesteziologická sestra infuzí nebo do směsi plynů, kterou budete vdechovat. Užívají se léky navozující spánek, silné léky proti bolesti a látky uvolňující svalové napětí. Tím dojde k navození bezvědomí i k omezení Vaší spontánní dechové aktivity, kterou musí lékař anesteziolog nahradit pomocí přístroje. Úvod do celkové anestezie probíhá většinou podáním léků do žíly (navodí rychlé usnutí) nebo dýcháním narkotizačních plynů (většinou u dětí, nemožnost zajištění žilní kanyly apod.). Po usnutí obvykle následuje bezpečné zajištění dýchacích cest obsahu zavedením rourky do průdušnice (intubace) nebo zavedením speciální masky do dutiny ústní (laryngeální maska). Důvodem zajištění dýchacích cest je připojení k dýchacímu přístroji a zabránění zatečení krve nebo žaludečního obsahu. V důsledku toho můžete někdy pociťovat přechodné škrábání nebo bolest v krku, které poměrně rychle samy ustoupí. Během výkonu jsou monitorovány životní funkce (krevní tlak, srdeční puls, EKG, okysličení krve, vydechování kysličníku

uhličitého). U rozsáhlejších operací či rizikových pacientů je nutné použít i další monitorovací postupy a vstupy do krevního řečiště (např. přístup do tepny a přístup do velkých žil v oblasti krku nebo pod klíční kostí), do močových cest aj. O těchto možnostech Vás bude anesteziolog podrobně informovat při osobním rozhovoru.

Regionální anestezie (**místní znecitlivění)** zajistí bezbolestný průběh operačního výkonu při Vašem plném vědomí nebo, budete-li si to přát, a nezvýší-li to riziko anestezie a operace, v lehkém spánku (**analgosedaci**). K tomuto typu znecitlivění patří techniky, při kterých je místně působící anestetikum podáno jehlou do blízkosti nervů vedoucích vjemy z operované oblasti (**regionální anestezie**) nebo do blízkosti míchy (**epidurální nebo subarachnoideální anestezie**) nebo přímo do oblasti operační rány (**lokální anestezie**). Při provedení epidurální nebo subarachnoideální anestezie zavádíme jehlu po umrtvení místa vpichu do oblasti páteře mezi obratlové trny. Po dosažení epidurálního prostoru můžeme průsvitem jehly zasunout jemnou hadičku, epidurální katétr, kterým lze během operace i po ní podávat kombinaci léků určenou k pokračujícímu znecitlivění nebo léčbě pooperační bolesti. Lék lze aplikovat jednorázově, opakovaně nebo kontinuálně dávkovačem. Délka znecitlivění zpravidla přesahuje délku operačního výkonu a přetrvává i v pooperačním období. Metod **regionální anestezie,** tj. **blokád periferních nervů,** využíváme zejména ke znecitlivění horních a dolních končetin nebo krční oblasti. K lokalizaci nervu a nervových svazků využíváme speciální stimulační jehlu. Její správnou polohu lékař ověřuje pomocí ultrazvuku nebo opakovanou elektrickou stimulací, která vyvolává mírné nebolestivé svalové záškuby. Po umístění jehly do blízkosti nervu aplikuje lékař lokální anestetikum, které do 20-30 minut vyvolá znecitlivění ve zvolené oblasti. Současně dojde i k dočasné ztrátě svalové síly, a tím i hybnosti končetiny. Tento stav přetrvává podle typu zvoleného anestetika v průměru 4-6 hodin, nezřídka i déle a využívá se k potlačení pooperační bolesti.

Analgosedace je stav přechodného sníženého vnímání bolestivých a jiných nepříjemných vjemů provázejících vyšetření či některé menší operační zákroky při Vašem plném nebo sníženém, ale zachovaném vědomí a spontánní dechové aktivitě. Používá se nejčastěji u malých výkonů a vyšetření, vysoce rizikových pacientů, některých ambulantních zákroků a vyšetření, nejčastěji v kombinaci s některým z výše uvedených regionálně anestetických postupů. K navození analgosedace se užívají podobné léky jako v anestezii, ale v podstatně nižších dávkách.

Před plánovaným výkonem s Vámi anesteziolog v anesteziologické ambulanci osobně prodiskutuje možné druhy anestezie. Vysvětlí Vám jejich výhody a seznámí Vás s případnými možnými komplikacemi a jejich četností. Dále zodpoví všechny Vaše dotazy týkající se anestezie a pooperační péče.

Na volbu druhu znecitlivění má vliv Váš zdravotní stav, prodělaná předchozí onemocnění, věk a charakter plánované operace. Váš anesteziolog zvolí, po dohodě s Vámi, typ anestezie aktuálně podle Vašeho zdravotního stavu a podle typu operačního výkonu.

Předpokládaný prospěch anestezie

Podání celkové, případně lokální, anestezie zabrání vnímání bolesti během operace a zabrání spuštění nežádoucích reakcí organismu na operační výkon.

Alternativa anestezie

Podání celkové nebo lokální anestezie během při operace nemá alternativu, možné jsou jen různé druhy anestezie.

Možná rizika anestezie

Obecná rizika spojená s podáním celkové anestezie:

pocit malátnosti; spavost; nesoustředěnost; nevolnost až zvracení; zpomalení srdečního rytmu; srdeční zástava; pokles krevního tlaku; anafylaktická nebo alergická reakce na podané léky; vdechnutí žaludečního obsahu s komplikacemi (bronchopneumonie, šoková plíce); plicní embolie; vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny při zajišťování centrálního žilního katétru

Rizika a komplikace spojené se zajištěním dýchacích cest:

bolesti v krku; krvácení do dýchacích cest; poškození hlasivek; laryngospasmus (reflexní stažení horních dýchacích cest); zajištění alternativního vstupu do dýchacích cest (tracheostomie) při nemožnosti intubace; stenóza trachey (zúžení dýchací trubice); poškození nebo vylomení zubů (zejména v případě jejich již původně špatného stavu)

Rizika spojená s nervovou blokádou:

motorický neklid; svalový třes; svalové křeče; porucha vědomí; obrna bráničního nervu; alergická reakce na podané anestetikum; poškození nervu; vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (pneumotorax); nepoznaná aplikace anestetika do cévního systému; pokles krevního tlaku; prodloužené poruchy čití v inervované oblasti; centrální útlum dýchání; úmrtí

Rizika spojená s epidurální nebo subarachnoideální anestezií:

alergická nebo toxická reakce na podané anestetikum s projevy chuťových změn na jazyku a v ústech; svalovými

záškuby; poruchou vědomí se svalovými křečemi; zástavou dýchání

pokles krevního tlaku s projevy malátnosti; spavosti; nevolnosti; zvracení

neurologické potíže s bolestivým podrážděním míšního nervu v oblasti vpichu (prudká, vteřinová bolest směřující do dolní končetiny); bolesti zad; mravenčení v oblasti konečníku a hráze; svědění kůže; hematom v místě vpichu; bolesti hlavy po spinální anestezii; přechodná porucha hybnosti dolních končetin nebo porucha vyprazdňování močového měchýře

Možné komplikace v důsledku podání krve a krevních derivátů:
přenos infekční choroby (hepatitidy typu A, B, C, přenos AIDS); vytvoření autoprotilátek (aloimunizace); hemolytická reakce (rozpad aplikovaných krvinek po transfuzi jiné krevní skupiny); horečka; alergická reakce, selhání ledvin

Výše uvedené reakce mohou být provázeny celkovými příznaky:
pokles krevního tlaku; zrychlení tepu; pocení, bledost; třesavka; zvracení; průjem; kopřivka; bolest hlavy; dušnost

Následky anestezie

Celková ani lokální anestezie nemá žádné plánované následky.

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme Vaše dotazy.

Nyní si podrobně přečtěte následující body, a pokud jim rozumíte a souhlasíte s nimi, podepište níže uvedené prohlášení pacienta.

Souhlas pacienta / pacientky / zákonného zástupce:

Vzor vyplnění (zatržení): Zakroužkujte správnou odpověď	(ANO)	NE
1. Souhlasím s podáním anestezie pro plánovaný léčebný (diagnostický) výkon.	ANO	NE
2. Souhlasím s navrženým typem anestezie, která mně bude podána a se kterou jsem byl(a) seznámen(a).	ANO	NE
3. Byl(a) jsem informován(a) o nutnosti 6 hodin před anestezií nejíst, nepít a nekouřit.	ANO	NE
4. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že s podáním anestézie souvisí obecná rizika a následky, které mohou být ovlivněny druhem operace, délkou operačního výkonu, stářím pacienta a typem přidruženého onemocnění. S anestezií souvisí i možnost smrtelných komplikací, které se pohybují kolem 0,5-0,9 úmrtí na 10 000 anestezií.	ANO	NE
5. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že léky, které užívám, mohou ovlivnit účinek látek použitých během anestezie a chirurgického výkonu (např. pokles krevního tlaku, krvácení), proto o nich musím před plánovaným operačním výkonem informovat lékaře.	ANO	NE
6. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o nutnosti odstranit před anestezií náušnice a šperky. Dále o nutnosti vyjmutí zubních protéz, očních kontaktních čoček a piercingu. Před operačním výkonem musím být odlíčená a mít odlakované nehty. U mužů je oholení tváře výhodou.	ANO	NE
7. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o tom, že během anestezie může dojít k závažným komplikacím (alergická reakce, oběhové selhání, dechová nedostatečnost, infekční komplikace), které si vyžádají postupy překračující rámec tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře k provedení všech postupů, které povedou k záchraně mého zdraví a života včetně návazné resuscitační a intezivní péče.	ANO	NE
8. Souhlasím s podáním krve nebo látek připravených z krve (krevních derivátů) pokud vznikne v průběhu anestezie a operačního výkonu důvod k jejich podání. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o možnosti vzniku komplikací v důsledku podání krve a krevních derivátů.	ANO	NE
9. Beru na vědomí, že po podání anestezie budu do jisté míry omezen/a v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti. Především může být až po dobu 24 hodin ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. V případě ambulantního výkonu si zajistím zodpovědný doprovod a odvoz. V následujících 24 hodinách se nebudu věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorového vozidla, provádět právní úkony), dodržím klidový režim pod zodpovědným dozorem nejlépe doma, adekvátně přizpůsobím příjem jídla a tekutin povaze operace a pooperačnímu stavu.	ANO	NE

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

……..……..……..

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu ……..
……

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.
Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.
Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.
Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor …….. (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu ……..…….. (vyplní lékař).

Ve Zlíně, dne…… hodina…….

_____
Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

_____
Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

_____
Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.

V případě opakovaných anestezií pro opakované operace, diagnostické výkony nebo převazy uděluji po informování ze strany lékaře-anesteziologa opakovaný souhlas:

Ve Zlíně, dne…… hodina……	_____ Vlastnoruční podpis pacienta	_____ Podpis lékaře, který poučení provedl
Ve Zlíně, dne…… hodina……	_____ Vlastnoruční podpis pacienta	_____ Podpis lékaře, který poučení provedl
Ve Zlíně, dne…… hodina……	_____ Vlastnoruční podpis pacienta	_____ Podpis lékaře, který poučení provedl
Ve Zlíně, dne…… hodina……	_____ Vlastnoruční podpis pacienta	_____ Podpis lékaře, který poučení provedl
Ve Zlíně, dne…… hodina……	_____ Vlastnoruční podpis pacienta	_____ Podpis lékaře, který poučení provedl