

Zakład Endoskopii i Diagnostyki Czynnościowej Przewodu Pokarmowego
SPSK im prof. Orłowskiego CMKP
ul Czerniakowska 231
00-416 Warszawa
tel. (22)5841241

Imię i nazwisko:..... data:.....

PESEL: _ _ _ _ _ ks główna:.....

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

Znieczulenie dożylnie polega na krótkotrwałym wprowadzeniu w stan głębokiego uśpienia. Osiąga się to poprzez dożylnie podanie krótko działających leków nasennych, oraz narkotycznych leków przeciwbólowych. Wywołany ich podaniem stan trwa przez cały okres zabiegu endoskopowego. Pełne wybudzenie następuje w zależności od dawki leku w ciągu 30 min do 3 godzin. Jest to znieczulenie bezpieczne, prowadzone przez zespół anestezjologiczny. Osoba znieczulana musi być na czczo. Oznacza to, że przed znieczuleniem przez 6 godzin nie wolno jeść, ani pić. Po zabiegu przez 24 godziny nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, ani obsługiwać urządzeń technicznych wymagających pełnej sprawności psychofizycznej. Nie wolno również podejmować decyzji mających skutki prawne. po zabiegu zalecany jest powrót do domu pod opieką osoby dorosłej

Oświadczam że:

1. Potwierdzam, że:

- zrozumiałem/am powyższe informacje dotyczące proponowanego mi znieczulenia.
- poinformowano mnie o jego wadach, zaletach oraz o możliwych, dających się przewidzieć następstwach(powikłaniach) z nim związanych.
- wyjaśniono mi wątpliwości dotyczące znieczulenia.
- miałam/em możliwość zadania pytań na temat czekającego mnie znieczulenia.

2. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na ewentualne zmodyfikowanie sposobu znieczulenia w niezbędnym zakresie jeśli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.

3. Tekst powyższy przeczytałam/em i jest on dla mnie zrozumiały. Uwag nie mam/Mam uwagi.

Uwagi pacjenta:.....
.....
.....

4. Wyrażam uświadomioną zgodę/nie wyrażam zgody na ogólne znieczulenie dożylnie.

podpis pacjenta:..... podpis i pieczęć lekarza:.....