

Jméno:
Příjmení:
R.č.:

Anesteziologický dotazník a Písemný souhlas s anestezií

uh+nemocnice

Uherskohradištská nemocnice a.s.,
J. E. Purkyně 365,
686 68 Uherské Hradiště
tel.: 572 529 111, IČ 27 66 09 15

Pacient (jméno, příjmení):

Bydliště:

R.Č.: ZP: tel.:

Zákonný zástupce: tel.:

Vážená pacientko, vážený paciente,
máte se podrobit operačnímu či diagnostickému výkonu v celkové nebo regionální (místní) anestézii. Je proto nutné, abyste se k tomuto výkonu dostavil/a včas, lačný/á (od půlnoci) a ráno zapil/a prášky, které pravidelně užíváte (pokud váš lékař neurčil jinak). Stejně tak je důležité, abyste se k výkonu dostavil/a bez náušnic, prstenů či jiných ozdob, u žen bez líčení. S sebou přineste výsledky předoperačního vyšetření.

Celková anestézie vám zaručí během výkonu bezbolestnost a spánek, regionální anestézie zaručí znecitlivění operované oblasti pomocí obstrukce nervu v příslušné oblasti. Za kvalitu anestézie, udržování životních funkcí a jejich nepřetržité sledování během operace zodpovídá anesteziolog, proto je nutné, aby byl seznámen s povahou vašeho základního onemocnění a dalších doprovodných nemocí, celkovým stavem, věkem a životními zvyklostmi.

Pomocí anesteziologického dotazníku se snažíme předejít i poměrně nepatrným rizikům, které jsou s anestézií spojeny (např. nevolnost, zvracení, poškození chrupu, poruchy hlasu, záněty žil a další nepředpokládané komplikace). Proto Vás prosíme o pečlivé vyplnění následujících otázek. Dále Vás prosíme, abyste v kolonce „Další informace“ upozornil/a na jakékoliv jiné okolnosti související s Vaším zdravotním stavem, které Vám připadají důležité.

Zakroužkujte prosím variantu odpovídající skutečnosti např.: **(ano)**- ne, případně dopište odpověď.

Výška cm	Váha kg	Užíváte léky? Pokud ano, uveďte prosím jaké, včetně dávkování: (např. proti bolesti, na spaní, antikoncepce...).	
Máte pevnou nebo vyjímatelnou zubní náhradu, můstek, korunky, viklavé zuby? ano - ne			
Alergie (např. senná rýma, astma, přecitlivělost na potraviny, léky, náplasti, desinfekci...), pokud ano, na co: ano - ne		Byl/a jste někdy operován/a v celkové nebo místní anestézii? Pokud ano, nač a kdy: ano - ne	
Snášel/a jste anestézii bez problémů? ano - ne	Došlo u pokrevních příbuzných v souvislosti s anestézií ke komplikacím? ano - ne	Mate pocit tuhé čelisti při pití zrnkové kávy? ano - ne	
Vyskytuje se u Vás onemocnění svalů, svalová slabost? ano - ne	Srdeční onemocnění (infarkt, srdeční vada, poruchy srdečního rytmu, angína pectoris, zánět srdce, dušnost při chůzi do schodů). ano - ne	Oběhové a cévní onemocnění (např. vysoký tlak, ucpávání cév, křečové žíly). ano - ne	
Onemocnění plic nebo dýchacích cest (např. tuberkulóza, rozedma plic, astma, chronická bronchitida). ano - ne	Jaterní onemocnění (např. žloutenka, tvrdnutí jater). ano - ne	Cukrovka ano - ne	Dna ano - ne

Onemocnění ledvin (např. zánět, kameny...).	Onemocnění štítné žlázy (struma, vole).	Onemocnění očí (např. šedý nebo zelený zákal).
ano - ne	ano - ne	ano - ne
Onemocnění pohybového aparátu (onemocnění páteře, bolesti zad, kloubní onemocnění).	Psychické poruchy (deprese).	Nervové onemocnění (epilepsie, obrny, mozkové příhody, roztroušená skleróza).
ano - ne	ano - ne	ano - ne
Krevní onemocnění, poruchy srážlivosti (časté krvácení, hemofilie..).	Pijete alkohol? Pokud ano, co a kolik:	Kouříte? Pokud ano, co a kolik:
ano - ne	ano - ne	ano - ne
Trpíte nějakým jiným, zde neuvedeným onemocněním? Pokud ano, uveďte, prosím, jakým:	Další informace:	
ano - ne		

Prohlášení pacienta, zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem byl/a zdravotnickým pracovníkem poučen o účelu a rizicích anestézie celkové místní - sedací* při hospitalizaci - ambulantním* zákroku. Jsem srozuměn/a s lékařsky prospěšnými změnami a rozšířením anestézie, stejně jako s možností léčby na jednotce intenzivní péče nebo ARO. Beru na vědomí veškerá rizika plynoucí z uvedení nepravdivých údajů týkajících se mého zdravotního stavu, stejně jako z nedodržení lékařských pokynů (např. nedodržení lačnění a následné vdechnutí zvratků).

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům** svým podpisem stvrzuji, že informace o anestézii byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi. Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením plánovaného výkonu v anestézii, dále výslovně **souhlasím s anesteziologickou péčí před výkonem, během něj i po něm, včetně nutných zákroků s tím spojených.**

V Uherském Hradišti dne

čas

.....
podpis pacienta
(zákonného zástupce)

.....
zdravotnický pracovník

V případě že se pacient nemůže podepsat:

Důvod:

Způsob projevu souhlasu:

Svědék:

jméno a příjmení

podpis

*) nehodící se škrtněte

**) prohlašuje-li zákonný zástupce