

Informácia o celkovej anestézii, informovaný súhlas s celkovou anestéziou a informačný dotazník k anesteziologickému vyšetreniu.

Kremzdrav s.r.o. , Dolná 49/21, 96701 Kremnica, Tel: 045/6744834

Vážená pacientka, vážený pacient, dovoľujeme si Vás požiadať o pozorné prečítanie a vyplnenie nasledovného dotazníka.

Všetky operácie a bolestivé vyšetrenia sú pravidelne uskutočňované v anestézii (v narkóze). Anestézia slúži k odstráneniu bolesti, pri súčasnej kontrole životne dôležitých funkcií, teda stavu vedomia, dýchania a krvného obehu v priebehu operácie. Anestéziu podáva lekár - anesteziológ, ktorý sa v priebehu operácie stará o vašu bezpečnosť. Na odstránenie bolesti sa používajú rôzne druhy anestézie. Vo vašom prípade je najvhodnejšia celková anestézia, ktorú podávame vnútrožilovo. Pomocou špeciálnych liekov vyvoláme stav bezvedomia a odstránime pocit bolesti z celého organizmu. Stav je podobný spánku a trvá od začiatku až do konca operácie. Počas celej doby anestézie (spánku) budú vaše životné funkcie – činnosť srdca, tlak krvi, dýchanie monitorované a kontrolované špeciálnymi prístrojmi za stáleho dohľadu anesteziologického tímu pozostávajúceho z lekára špecialistu - anesteziológa a špecializovanej anesteziologickej sestry. Aj napriek nášmu maximálnemu úsiliu, neexistuje neriziková anestézia. Aby sme riziko možných komplikácií mohli potlačiť na minimálnu možnú mieru prosím vyplňte nasledujúci dotazník. Prosím o dôsledné vyplnenie dotazníka, dotazník je dôverne záväzný lekárskej tajomstvom a bude len súčasťou našej zdravotnej dokumentácie na tomto pracovisku.

Meno a priezvisko:..... Vek.....rokov, Výška.....cm, Hmotnosť.....kg,
Vaše povolanie:.....

1. Liečili ste sa v poslednom čase u lekára? **áno** **nie** Ak **áno**, na aké ochorenia?
2. Máte alergiu na potraviny alebo lieky? **áno** **nie** Ktoré?.....
3. Užívate v súčasnosti nejaké lieky? **áno** **nie** Aké lieky? Uveďte aj lieky proti bolesti, na spanie, upokojenie, močenie, antikoncepčné prípravky.....
4. Boli ste operovaná (ý)? **áno** **nie**
Aká operácia a kedy? (napr. žľazník v r. 1990)
a).....v roku.....
b).....v roku.....
c).....v roku.....
d).....v roku.....

5. Spomínate si na nejaké zvláštne udalosti, počas narkózy? **áno** **nie** aké?.....

Máte, alebo ste prekonali niektoré z nasledujúcich ochorení?

6. Máte ochorenia svalov, svalovú slabosť? **áno** **nie**
7. Vyskytuje sa takéto ochorenie aj u pokrvných príbuzných? **áno** **nie**
8. Máte choroby srdca (napr. infarkt, angina pectoris /bolesti na hrudi/, srdcové chyby, zápal srdcového svalu, poruchy srdcového rytmu)? **áno** **nie**
9. Máte choroby krvného obehu a ciev (napr. poruchu prekrvenia, trombózu žíl, krčové žily, vysoký, alebo nízky krvný tlak)? **áno** **nie**
10. Prekonali ste ochorenia pľúc a dýchacích ciest (napr. tuberkulóza, zápal pľúc, zápal priedušiek, astmu, chronickú bronchitídu)? **áno** **nie**
11. Máte ochorenie pečene (napr. žltáčka, cirhóza)? **áno** **nie**
12. Máte ochorenie obličiek (napr. zápal, kamene)? **áno** **nie**
13. Máte choroby látkovej premeny (napr. cukrovku)? **áno** **nie**
14. Máte choroby štítnej žľazy (napr. struma)? **áno** **nie**
15. Máte očné choroby (napr. zelený zákal, zvýšený vnútroočný tlak)? **áno** **nie**
16. Máte nervové ochorenie (napr. epilepsia, zápal mozgových blán, porážka)? **áno** **nie**
17. Trpíte duševnými ochoreniami (napr. depresie, neurózy)? **áno** **nie**
18. Máte choroby pohybového ústrojenstva (napr. chrčtica, kĺbov)? **áno** **nie**
19. Máte chorobu krvi alebo poruchy krvnej zrážanlivosti (chudokrvnosť, krvácanie z rán)? **áno** **nie**
20. Máte nejakú inú, neuvedenú chorobu? **áno** **nie** Akú?.....

Prosím otočiť !

21. Nosíte zubnú protézu (okrem mostíkov a pevných zubných protéz) alebo máte kývavé zuby? **áno** **nie**
 22. Fajčíte pravidelne? **áno** **nie** **koľko denne**
 23. Pijete pravidelne alkohol? **áno** **nie** **koľko**
 24. Užívate pravidelne lieky typu analgetík? **áno** **nie**
 25. Užívate drogy alebo iné návykové latky? **áno** **nie** občas.....
 26. Iné dôležité oznámenie lekárovi:

Poučenie a písomný súhlas pacienta podľa paragrafu 6 zákonač. 576/2004 Z.z.

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť

.....
 Navrhovaný /plánovaný/ diagnosticko-liečebný postup, výkon endoskopický:

Kolonoskopia - vyšetrenie hrubého čreva špecializovaným optickým prístrojom

Gastrofibroskopia – vyšetrenie pažeráku, žalúdka a dvanástorníka špecializovaným optickým prístrojom

NEHODIACE PREŠKRTNITE

Dolu podpísaný/a/.....potvrdzujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil /a/ žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil /a/, prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované. Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a/ počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný/á/ zo strany ošetrojúceho lekára o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou a ich vplyvu na kvalitu života. Bol som tiež poučený/á/ o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť, mal som možnosť pýtať sa a bolo mi ošetrojúcim zdravotným pracovníkom zodpovedané na všetky moje otázky, odpovediam som porozumel. Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom **súhlasím - nesúhlasím** /nehodiace preškrtnite/. Pacient je plne informovaný že daný anesteziologický výkon je zdravotnou poisťovňou považovaný za nadštandardný, teda nie je zdravotnou poisťovňou hrađený a po skončení výkonu uhradí pacient sumu EUR..... Pacient berie na vedomie, že vzhľadom na typ výkonu realizovaného v celkovej anestéze bude nasledujúcich 36 hodín pod dohľadom zodpovednej dospeljej svojprávnej osoby :

/meno, adresa /.....

nebude riadiť motorové vozidlo ani obsluhovať nebezpečné zariadenie, vyžadujúce zvýšenú pozornosť, resp. vykonávať činnosť vyžadujúcu zvýšenú pozornosť a koordináciu. Na cestu domov nepoužije prostriedky hromadnej dopravy. V prípade zhoršenia zdravotného stavu neodkladne vyhľadá lekára alebo bude ihneď kontaktovať telefónickú linku záchrany 112.

Potvrdenie súhlasu s anestéziou, informovaný súhlas a poučenie:

Anesteziológ MUDr. Marián Kapusta, ma oboznámil so spôsobom anestézie -znecitlivenia /riadeného kontrolovaného uspania/ a odpovedal na všetky moje otázky s plným porozumením. Súhlasím, že plánované vyšetrenie bude vykonané v celkovej anestézii. Súhlasím so sprievodným a pripravovaným anesteziologickým ošetrovaním vrátane tomu potrebných vedľajších zásahov./ zaistenie žilného prístupu, monitoring životných funkcií, hladina kyslíku v krvi, EKG, krvný tlak, dýchanie...../

Pacient daný dotazník vyplnil pri plnom vedomí, žiadne informácie nezatajil ani neskreslil a svoj súhlas s anestéziou vyjadruje svojím podpisom bez nátlaku po osobnej konzultácii s anesteziológom **pred výkonom:**

podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť : /podpísať po osobnej konzultácii s lekárom-anesteziológom/:

Dňa:

Pacienta poučil lekár - anesteziológ - MUDr. Marián Kapusta: