**Zgoda na znieczulenie**

Pan(-i) Dr przeprowadził(-a) dzisiaj ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(-am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji.

NIE MAM WIECEJ PYTAŃ.

Niniejszym wyrażam zgodę na proponowane mi znieczulenie.

ogólne, podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokadą nerwów obwodowych lub splotu nerwowego, blokadą neurolityczną, inny zabieg (\*)

* wybrane znieczulenie podkreślić

Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj.: infuzje płynów, transfuzje krwi własnej i obcej(\*), niezbędne leki podawane w czasie i po zabiegu.

Nie zgadzam się na przetoczenie krwi lub jakichkolwiek jej preparatów

Zostałem (-am) poinformowany(-a), że mimo czułych testów, istnieje niewielkie ryzyko zapalenia wątroby po przetoczeniu preparatów krwi, które będę otrzymywał(-a).

Stosując aktualne metody badania krwi, ryzyko AIDS, jakkolwiek mało prawdopodobne, nie może być całkowicie wyeliminowane.

Rzadko mogą zdarzyć się inne powikłania, których nie da się uniknąć.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

Data przeprowadzonej rozmowy

Podpis Lekarza anestezjologa

Podpis Pacjenta