

# Zgoda na znieczulenie

Pani/Pan Dr \_\_\_\_\_ przeprowadziła/ł dzisiaj ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłam/em pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji. Uzyskałam/em satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

NIE MAM WIECEJ PYTAŃ.

Niniejszym wyrażam zgodę na proponowane mi znieczulenie:

*Premedykacje,*

*znieczulenie ogólne dotchawicze (narkoza), całkowite dożylnie, miejscowe nasiętkowe, inny zabieg (\*)* \_\_\_\_\_

\* wybrane znieczulenie podkreślić

Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj.: infuzje płynów, przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych, niezbędne leki podawane w czasie i po zabiegu.

\*Nie zgadzam się na przetoczenie krwi lub jakichkolwiek jej preparatów

Zostałam/em poinformowana/y, że mimo czułych testów, istnieje niewielkie ryzyko zapalenia wątroby po przetoczeniu preparatów krwi, które będę otrzymywała/ł.

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 przewidzieć.

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

Data przeprowadzonej rozmowy \_\_\_\_\_

Podpis Lekarza anestezjologa \_\_\_\_\_

Podpis Pacjenta \_\_\_\_\_