

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S ANESTEZIÍ PRO DĚTI

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Vážení rodiče,

v současnosti většina operací a bolestivých či nepříjemných vyšetření probíhá ve znecitlivění, které provádí odborný lékař – anesteziolog. Podle situace se použije buď celkové, nebo místní znecitlivění.

Před plánovaným zákrokem Vaše dítě vyšetří anesteziolog, který na podkladě Vámi vyplněného dotazníku stanoví nejlepší způsob anestézie. V případě Vašeho zájmu o bližší vysvětlení navštivte prosím naši anesteziologickou ambulanci.

Prosím Vás, abyste zodpověděli všechny otázky našeho dotazníku podle nejlepšího vědomí a svědomí. Závisí na tom zdraví a bezpečnost Vašeho dítěte.

O Vámi uvedených údajích je lékař povinen zachovat mlčenlivost. Tyto údaje však mají mimořádný význam pro určení vhodného postupu anestézie i dávkování léků.

Jestliže budete mít dotazy, neváhejte a obraťte se na anesteziologa, vedoucího lékaře či ošetřující personál.

Nedávejte, prosím, Vašemu dítěti nejméně šest hodin před operací nic jíst ani pít, protože vdechnutí zvratků může mít osudné následky. Sdělte nám prosím dobu, kdy Vaše dítě naposledy přijímalo cokoliv ústy.

Po ambulantním zákroku je reakční schopnost Vašeho dítěte silně zhoršena po dobu až 24 hodin. Nenechávejte proto během této doby dítě bez dozoru. Jestliže nastanou jakékoliv komplikace, volejte prosím, záchrannou službu (telefon 155), popřípadě přivezte dítě zpět do nemocnice.

1. Věk dítěte: Výška:cm Váha:kg

Výkonnost (ve srovnání se stejně starými dětmi): ☐ normální ☐ omezená

Moje dítě

2. se narodilo předčasně:

☐ ne

☐ ano, a sice v týdnu těhotenství

porodní váha gramů

3. užívá pravidelně léky:

☐ ne

☐ ano, a sice

4. prodělalo operace:

☐ ne

☐ ano, a sice

5. mělo obtíže při narkóze:

☐ ne

☐ ano, a sice

6. je trvale nebo občas v lékařské péči:
☐ ne ☐ ano, a sice
7. dostalo krevní transfúzi:
☐ ne ☐ ano, a sice
8. bylo v posledních třech týdnech očkováno:
☐ ne ☐ ano, a sice
9. má špatné nebo volné zuby:
☐ ne ☐ ano
10. nesnáší ovoce:
☐ ne ☐ ano
11. má sklon ke krvácení, výronům krve:
☐ ne ☐ ano
12. je alergické:
☐ ne ☐ ano, a sice
13. nesnáší určité léky:
☐ ne ☐ ano, a sice
14. mělo horečnaté křeče:
☐ ne ☐ ano, a sice
15. má často infekční onemocnění dýchacích cest:
☐ ne ☐ ano, a sice
(např. angínu, zánět středního ucha)
16. prodělalo tyto dětské nemoci:
☐ ne ☐ ano, a sice
17. má nebo prodělalo některou z těchto nemocí:
a) srdce (srdeční vada, promodráání po porodu)
☐ ne ☐ ano, a sice
b) krevního oběhu (vysoký či nízký tlak-kolapsy)
☐ ne ☐ ano, a sice
c) krve nebo cév (krevní nemoci, anemie, AIDS)
☐ ne ☐ ano, a sice
d) plicní (bronchitida, astma, TBC, apod.)
☐ ne ☐ ano, a sice
e) jater (žloutenka)
☐ ne ☐ ano, a sice

- f) ledvin (časté infekce močových cest, apod.)
☐ ne ☐ ano, a sice
- g) látkové výměny (cukrovka, mukoviscidoza, apod.)
☐ ne ☐ ano, a sice
- h) svalů (maligní hypertermie, dětská obrna, apod.)
☐ ne ☐ ano, a sice
- i) kostí a kloubů (křivice, vybočení páteře, apod.)
☐ ne ☐ ano, a sice
- j) nervů nebo choromyslnost (epilepsie)
☐ ne ☐ ano, a sice
- k) očí (šilhání, zelený zákal, apod.)
☐ ne ☐ ano, a sice
- l) onkologické onemocnění
☐ ne ☐ ano, a sice
- m) vrozenou vadu
☐ ne ☐ ano, a sice
- n) krvácení/krevní výrony (modřiny)
☐ ne ☐ ano, a sice
18. pokrevní příbuzní mají či měli:
- a) onemocnění svalů
☐ ne ☐ ano, a sice
- b) onemocnění krve
☐ ne ☐ ano, a sice
- c) komplikaci při narkóze
☐ ne ☐ ano, a sice

Porozuměl(a) jsem v plném rozsahu informacím obsaženým v tomto listu, dotazníku i vysvětlení anesteziologa a nemám již další otázky.

Souhlasím s tím, aby anesteziologickým postupem plánovaným pro moje dítě bylo:

- celkové znecitlivění
- místní znecitlivění
- kombinace obou metod

včetně dalších nutných zákroků (infúze, transfúze krve či plazmy, centrální žilní katetr, dodatečná nevyhnutelná ošetření atd.)

O nebezpečích, která z tohoto vyplívají, jsem byl(a) dostatečně informována(a). Rovněž souhlasím také s dodatečnými opatřeními, které se ukážou jako nevyhnutelná následkem nepředvídatelných okolností. Byl(a) jsem upozorněn(a) na možnost darování vlastní krve.

Mám výhrady, které se týkají:

.....

.....

.....

.....

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: