

Informoval jsem souhlas pacienta (zakonného zastupce pacienta) s vykonem:
 operacním **diagnostickým** **lečebným**

Pacient - jméno a příjmení:	V /C	Rodné číslo (číslo pojistence):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	J.5. - 9<P	Kód zdravotního pojistovny: ZRU-
Adresa trvaleho pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	IXL'vlrlvY l, °IJ,	{} / 01/Wf
Jméno zakonného zastupce (opatrovníka):		Rodné číslo:

Název výkonu (česky)

přenosu dlužníků, než je dle § 47

Účel výkonu

odstranění plodu

Povaha výkonu

/

Předpoklady, prospěch výkonu

/

Alternativa výkonu

/hi

4,

Mozná rizika zvoleného výkonu

iltla Wfa

Následky výkonu

/

ještě nebyly provedeny žádosti

zobrazit všechny výkony
zobrazit výkony s hodnocením

zobrazit výkony s hodnocením
zobrazit výkony s hodnocením

Souhlas:**I pozn. Vasi odpoved' zakrouikujte:**

Byl(a) jsem srozumitele informovan(a) o alternativach vykonu provadenych ve Fakultni nemocnici Olomouc, ze kterych mam moznost volit.	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
Byl(a) jsem informovan(a) o moznem omezeni v obvyklem zpusobu zivota a v pracovni schopnosti po provedeni prislusneho zdravotniho vykonu, v pripade mozne nebo ocekavane zmeny zdravotniho stavu tez o zmenach zdravotni zpusobilosti.		NE
Byl(a) jsem informovan(a) o lecebnem rezimu a preventivnich opatreních, ktera jsou vhodna, o provedeni kontrolnych zdravotnich vykonu.	<input type="checkbox"/>	NE
Byl(a) jsem informovan(a) o zdravotnickem prostriedku, ktery mi bude/pi'ipadne muze byt implantovan, vctne jeho pfsusenstv, spolu s pokyny tykajicimi se me bezpecnosti a meho chovanf, vctne toho, kdy mam vyhledat lekai'e a kterym vlivem prostredi bych se nemel(a) vystavovc:3♦ vubec nebo jen pi' dodrzovani v_bodnych preventivnich opatreni.		NE
Vsem temto vysvetlenim a informacim, ktere mi byly lekai'em sdeleeny a vysvetleny, jsem porozumei(a), mel(a) jsem moznost klast dopinujicf otazky, ktere mi byly lekaem zodpovezeny.		, NE

Po vyse uvedenem seznameni prohlasuji:

- ze souhlasim s navrhovanou peci a s provedenfm vykonu a v prfpade vyskytu neocekavanych komplikaci, vyzadujicich neodkladne provedeni dalsich zakroku nutnych k zachrane zivota nebo zdravi.	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
- ze jsem lekai'm nezamleci(a) zadne mne zname udaje o mem zdravotnim stavu, jez by mohly nepiliznive ovlivnit moi lecbu ♦ohrozit me okoli, zejmena rozsfe!m_eLenosne choroby.		NE
- ze v pi'ipade nutnosti davam souhlas k odberu biologickeho materialu (krev, moc...) na potrebna vyseteni k vyloucenf zejmena pi'enosne choroby.	<input checked="" type="checkbox"/>	NE

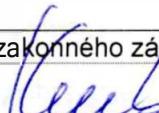
Preji si, aby o mem zdravotnim stavu byla informovana jina osoba(osoby):

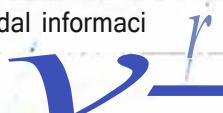
Jmeno a prijmeni:	Tadresa:	<input checked="" type="checkbox"/>	ANO	NE
-------------------	----------	-------------------------------------	-----	----

P_teji si, aby tise uvedena(e) osoba(y) mela(j) ra_v_o:

a) nahizet do me zdravotnicke dokumentace	<input type="checkbox"/>	ANO	NE
b) poi'izovat si vypisy, opisy nebo kopie z me zdravotnicke dokumentace*)	<input type="checkbox"/>	ANO	NE

*) Zdravotnicke zarizeni muze za porizeni vypisu, opisu nebo kopii zdravotnicke dokumentace nebo jinych zapisu pozadovat tihradu ve vy i. ktera nesmi presahnut naklady spojene s jejich porizenim) zak. C 372/2011 Sb. o zdravotnich sluibach v platnem zneni

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zakonneho zastupce (opatrovnika)
28.9.2020	0, ..(.)	

Jmeno a prijmeni lekare, který podal informaci	Podpis lekare, který podal informaci
	

Pokud se pacient nemuze podepsat, uved'te duvody, pro ktere se pacient nemohl podepsat:

Jmeno a prijmeni zdravotnickeho pracovnika/svedka	Podpis zdravotnickeho pracovnika/svedka	Datum	Hodina

Jak pacient projevil svou vuli:

Jmeno a prijmeni zdravotnickeho pracovnika/svedka	Podpis zdravotnickeho pracovnika/svedka	Datum	Hodina



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s podáním anestézie

Pacient – jméno a příjmení:	V. K.	Rodné číslo (číslo pojištěnce):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)	25.6.1988	Kód zdravotní pojišťovny:	205
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	DOLANY 29 JE, DOLANY		
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):		Rodné číslo:	

Název výkonu:

Celková anestézie

Lokální anestézie

Účel výkonu:

Odborný lékař – anesteziolog Vám po dobu chirurgického operačního výkonu nebo bolestivého vyšetření zajistí celkové nebo místní znecitlivění.

Povaha výkonu

Celková anestézie (narkóza) je přechodně navozený stav bezvědomí a sníženého nebo zcela vymizelého vnímání bolesti, který vzniká po podání léků, které Vám aplikuje anesteziolog a anesteziologická sestra infuzí nebo do směsi, kterou budete vdechovat.

K chirurgickému výkonu je nutné i zajistit vyřazení svalové síly podáním léků – relaxancií, tím dojde k omezení Vaší spontánní dechové aktivity, kterou musí anesteziolog zajistit pomocí přístroje. Z důvodu připojení k dýchacímu přístroji Vám musí být dýchací cesty zajištěny obličejomaskou, endotracheální rourkou nebo laryngeální maskou. V indikovaných případech (rizikový pacient, náročný operační výkon, je nutné zajištění přístupu do tepny, dále zajištění močových cest močovou cévkou nebo zajištění vstupu do centrální žíly na krku nebo pod klíční kostí. O těchto možnostech Vás bude anesteziolog podrobně informovat při osobním rozhovoru.

Jinou možností anestézie je **lokální anestézie (místní znecitlivění)**, která zajistí bezbolestný průběh operačního výkonu při Vašem plném vědomí nebo, budete-li si to přát, a nezvýší to riziko anestézie a operace, v lehkém spánku. K tomuto typu znecitlivění patří i techniky, při kterých je místně působící anestetikum aplikováno jehlou do blízkosti nervů, vedoucích vjemy z operované oblasti nebo do blízkosti mích (epidurální nebo spinální anestézie). K provedení epidurální nebo spinální analgezie je nutná i Vaše spolupráce. Jehlu zavádíme po umrtvení místa vpichu do oblasti páteře mezi obratlové trny. Po dosažení epidurálního prostoru zasune do prostoru průsvitem jehly jemnou hadičku (epidurální katétr), kterým posléze podáváme kontinuálně kombinaci léků určenou k pokračujícímu znecitlivění. Lék lze aplikovat i jednorázově. Délka znecitlivění zpravidla přesahuje délku operačního výkonu a přetrává i v pooperačním období.

Další možnosti, jak zajistit bezbolestný průběh operačního výkonu, je **blokáda periferních nervů** operované části těla. Periferní nervové blokády využíváme zejména ke znecitlivění horních a dolních končetin nebo krční oblasti. K lokalizaci nervu a nervových svazků využíváme speciální stimulační jehlu, která je za sterilních podmínek zavedena do blízkosti nervu nebo nervového svazku. Polohu jehly lékař ověřuje v průběhu zavádění opakovánou elektrickou stimulací, která vylíčí místní svalové záškuby. Po umístění jehly do blízkosti nervu aplikuje lékař lokální anestetikum, které do 20-30 minut vyvolá znecitlivění ve zvolené oblasti. Současně dojde i k dočasné ztrátě svalové síly, a tím i hybnosti končetiny. Tento stav přetrává podle typu zvoleného anestetika v průměru 4-6 hodin.

Před plánovaným výkonem Vás osobně kontaktuje anesteziolog, který Vás bude podrobně informovat o možných anesteziologických postupech. Vysvětlí Vám jejich výhody a seznámí Vás s případnými možnými komplikacemi a jejich četností.

Dále zodpoví všechny Vaše dotazy týkající se anestézie a pooperační péče.

Předpokládaný prospěch výkonu

Podání celkové případně lokální anestézie zabrání vnímání bolesti během operace a zabrání spuštění nežádoucích reakcí organismu na operační výkon.

Alternativa výkonu

Podání celkové nebo lokální anestézie při operačním výkonu nemá alternativu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Obecná rizika spojená s podáním celkové anestézie:

- pocit malátnosti; • spavost; • nesoustředěnost; • nevolnost až zvracení; • zpomalení srdečního rytmu – srdeční zástava; • pokles krevního tlaku; • anafylaktická nebo alergická reakce na podané léky; • vdechnutí žaludečního obsahu s komplikacemi (bronchopneumonie, šoková plíce); • plicní embolie; • vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny při zajišťování centrálního žilního katétru.

Rizika a komplikace spojené se zajištěním dýchacích cest:

- bolesti v krku; • krvácení do dýchacích cest; • poškození hlasivek; • poškození horním části krční páteře s následným omezením hybnosti; • laryngospasmus (reflexní stažení horních dýchacích cest); • zajištění alternativního vstupu do dýchacích cest (tracheostomie) při nemožnosti intubace; • stenóza trachey (zúžení dýchací trubice); • poškození nebo vylomení zubů (zejména v případě jejich již původně špatného stavu).

Rizika spojená s nervovou blokádou

- motorický neklid; • svalový třes • svalové křeče; • porucha vědomí; • vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (pneumotorax); • obrna bráničního nervu; • alergická reakce na podané anestetikum; • poškození nervu;
- nepoznaná aplikace anestetika do cévního systému; • pokles krevního tlaku; • prodloužené poruchy čítají v inervované oblasti; • centrální útlum dýchání; • úmrtí.

Rizika spojená se svodnými anesteziologickými technikami (epidurální a spinální anestézie)

alergická nebo toxicální reakce na podané anestetikum s projevy

- chuťových změn na jazyku a v ústech; • svalovými záškuby; • poruchou vědomí se svalovými křečemi; • zástavou dýchání.

pokles krevního tlaku s projevy

- pocit malátnosti; • pocit spavosti; • nevolnost; • zvracení.

neurologické potíže

- bolestivé podráždění míšního nervu v oblasti vpichu (s projevem prudké, vteřinové bolesti směřující do jedné dolní končetiny); • bolesti zad; • mravenčení v oblasti konečníku a hráze; • svědění kůže; • přechodná porucha hybnosti dolních končetin; • hematom v místě vpichu; • výrazné bolesti hlavy po spinální anestezii; • přechodná porucha vyprazdňování močového měchýře.

Možné komplikace v důsledku podání krve a krevních derivátů:

- přenos infekční choroby (hepatitidy typu A, B, C, přenos AIDS); • vytvoření autoprotilátek (aloimunizace);
- hemolytická reakce (rozpad aplikovaných krvinek po transfuzi jiné krevní skupiny); • horečka; • alergická reakce, selhání ledvin.

Výše uvedené reakce mohou být provázeny celkovými příznaky:

- pokles krevního tlaku; • zrychlení tepu; • pocení, bledost; • třesavka; • zvracení; • průjem; • kopřivka; • bolest hlavy; • dušnost.

Následky výkonu

Celková ani lokální anestézie nemá žádné plánované následky.

V případě jakýchkoliv nejasnosti Vám rádi zodpovíme Vaše dotazy.

Nyní si podrobně přečtěte následující body, a pokud jim rozumíte a souhlasíte s nimi, podepište níže uvedené prohlášení pacienta.

Souhlas pacienta/pacientky:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

1. Souhlasím s podáním anestézie pro plánovaný léčebný (diagnostický) výkon.
2. Souhlasím s navrženým typem anestézie, která mně bude podána a se kterou jsem byl(a) seznámen(a).
3. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o nutnosti 6-8 hodin před anestezíí nejít, nepít a nekouřit.

ANO NE

Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient/ka nemohl(a) podepsat:

Jak pacient/ka projevil(a) svou vůli:

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

Dotazník pro pacienta (zákonného zástupce)

Výška:	Hmotnost:
--------	-----------

Prosíme Vás o odpověď na následující otázky:

1. Vyhledal(a) jste v poslední době lékařské ošetření?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	NE
2. Byl(a) jste v poslední době ošetřen(a) nebo vyšetřen(a) lékařem?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	NE
Pokud ano, jakým onemocněním?		
3. Jaké léky v současné době pravidelně užíváte?.....		
4. Byl(a) jste někdy operován(a)?		
Jakou operaci jste prodělal(a) a kdy?		
5. Snesl jste anestezii dobře?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	NE
Jaké jste měl(a) případné komplikace?		
6. Došlo u Vašich pokrevních příbuzných k nějaké komplikaci související s anestezíí?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
O jakou komplikaci se jednalo?		
7. Dostal jste někdy krevní transfuzi?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Měl(a) jste při aplikaci krve nějakou komplikaci?		
Jakou?		
8. Léčíte se se srdcem?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Jakou srdeční chorobou trpíte?		
U infarktu myokardu uvedte měsíc/rok:		
9. Léčíte se pro vysoký nebo nízký krevní tlak?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
10. Trpíte onemocněním cév? (např. křečové žily, prokrvení končetin)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
11. Trpíte onemocněním plic nebo dýchacích cest? (např. TBC, rozedma plic, asthma)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
12. Trpíte onemocněním svalů, nebo svalovou slabostí?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
13. Trpíte onemocněním jater? (např. žloutenka, cirhosa)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
14. Trpíte onemocněním ledvin? (např. častými záněty, ledvinovými kameny)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
15. Máte cukrovku?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Co užíváte na snížení hladiny cukru v krvi?		
16. Trpíte onemocněním očí? (např. šedý zákal, zelený zákal)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
17. Trpíte neurologickým onemocněním? (např. epilepsií, obrnou, poruchou hybnosti končetin)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
18. Trpíte duševní poruchou? (např. deprese, schizofrenie)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
19. Trpíte onemocněním kloubů, kostí a páteře? (např. lumbago, výhřev ploténky, zlomeniny)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE

4. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že s podáním anestézie souvisí obecná rizika a následky, které mohou být ovlivněny druhem operace, délkom operačního výkonu, stářím pacienta a typem přidruženého onemocnění. S anestezíí souvisí i možnost smrtelných komplikací, které se pohybují kolem 0,5-0,9 úmrtí na 10 000 anestezíí.	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	NE
5. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že léky, které užívám, mohou ovlivnit účinek látek použitých během anestézie a chirurgického výkonu (např. pokles krevního tlaku, krvácení), proto o nich musím před plánovaným operačním výkonem informovat lékaře.		
6. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o nutnosti odstranit před anestezíí náušnice a šperky. Dále o nutnosti vyjmout zubních protéz, očních kontaktních čoček a piercingů. Před operačním výkonem musím být odlišená a mít odlakované nehty.		
7. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o tom, že během anestézie může dojít k závažným komplikacím (alergická reakce, oběhové selhání, dechová nedostatečnost, infekční komplikace), které si vyžadují překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře k provedení všech postupů, které povedou k záchraně mého zdraví a života.	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	NE

Zde uveděte svoje výhrady a připomínky:

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

Byl(a) jsem srozumitelně seznámen(a) s postupem při podání anestézie. Byl(a) jsem informován(a) o tom, jak bude zákrok prováděn, byla mi vysvětlena všechna možná rizika a komplikace, která mohou nastat při provádění výkonu či po něm. Byl(a) jsem informován(a) o prospěchu výkonu na můj zdravotní stav a následném léčebném režimu. Všem těmto informacím jsem porozuměl(a).

Lékař, který mi poskytl potřebné informace, mně osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl.

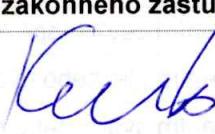
Informacím/údajům jsem plně porozuměl(a) a souhlasím s navrhovaným typem anestézie.

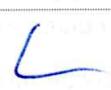
V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.

Současně prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Beru na vědomí, že Fakultní nemocnice Olomouc není pracovištěm bezkrevní medicíny a pokud vznikne v průběhu anestezie a operačního výkonu důvod k podání krve či látek připravených z krve (krevních derivátů), budou mi tyto přípravky podány. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o možnosti vzniku možných komplikací v důsledku podání krve a krevních derivátů.

Zde uveděte svoje výhrady a připomínky:

Datum:	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)
28.9.2020	01:00	

Jméno a příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci
DR. HALTMANOVÁ	

20. Trpíte onemocněním krve? (např. poruchy srážení, častá tvorba modřin)	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
21. Trpíte alergií?	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Na potraviny? Jaké?		
Jiné látky? Jaké?		
Léky? Jaké?		
22. Máte jiné, dosud neuvedené choroby?	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Jaké?		
23. Máte snímatelnou zubní protézu?	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
24. Kouříte? Kolik denně?	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
25. Pijete alkohol? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ZŘÍDKA <input type="checkbox"/> PRAVIDELNĚ		
26. Užíváte často léky na spaní? Jaké?	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
27. Jen pro ženy: Jste těhotná?	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)
28.9.2020	01:00	

V případě, že je nutné výkon provést opakováně, potvrď pacient souhlas svým podpisem.

Ověřte všechny identifikační údaje pacienta, zda jsou platné. Znovu ověřte, zda pacient všemu rozumí a souhlasí s výkonem.

Pokud došlo ke změně osobních údajů pacienta nebo pacient s něčím nesouhlasí, je nutné vyplnit nový IS.

Datum	Souhlas pacienta	Podpis pacienta	Jmenovka a podpis lékaře, který podal informaci
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		

