

Informovaný souhlas pacienta (zakonného zástupce pacienta) s výkonem:
operacním ☐ diagnostickým ☐ léčebným

Pacient - jméno a příjmení: V / C	Rodné číslo (číslo pojistnice):
Datum narození: (není-li rodné číslo) J.5 - 9<P	Kod zdravotní pojišťovny: Zru-
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa) IXI'vtrlvY l,°IJ, {/)01/Wf	
Jméno zákonného zástupce (opatřovněka):	Rodné číslo:

Název výkonu (česky)

přenosná elektroda, které dle dle

Účel výkonu

odstranění plodu

Povaha výkonu

/

Předpokladaný prospěch výkonu**Alternativa výkonu**

/hi

4,

Možná rizika zvoleného výkonu

ilt1A'Wfa

Následky výkonu

Souhlas:**Pozn. Váš odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	(§	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.		NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	A	NE
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude/případně může být implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivem prostředí bych se neměl(a) vystavovat: 3 vubec nebo jen při dodržování v bodných preventivních opatření.		NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	, NE	

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k zachráně života nebo zdraví.	@	NE
- že jsem lékařem nezaměřen(a) žádné mně známe údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu a ohrozit mě a okolí, zejména rozšířením závažné choroby.		NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyšetření zejména přenosné choroby.	&O	NE

Preji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba(osoby):

Jméno a příjmení:	Adresa:	ANO	NE
-------------------	---------	-----	----

Přeji si, aby ti se uvedena(e) osoba(y) měla(j) ra_v_o:

a) naházet do mé zdravotnické dokumentace	ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace*)	ANO	NE

*) Zdravotnické zařízení může za porizování výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace nebo jiných zázpisů požadovat tíhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich porizováním) zák. C 372/2011 Sb. o zdravotních službách v platném znění

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)
21.9.2020	0, ..01	

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci
	

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**Jak pacient projevil svou vůli:**

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svedka	Podpis zdravotnického pracovníka/svedka	Datum	Hodina

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s podáním anestézie

Pacient – jméno a příjmení: V.K.	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo) 25.6.1989	Kód zdravotní pojišťovny: 205
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa) DOLANŮ 295E, DOLANŮ	
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 obličejovou maskou, 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 míchy (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 přetrvává i v pooperačním období.

Další možností, 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 opakovanou elektrickou stimulací, která vyvolává mírné 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 přetrvává 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 horní 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 bloádou

- motorický nekld; • 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 čiti v inervované oblasti; • centrální útlum dýchání; • úmrtí.

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

alergická nebo toxická reakce na podané anestetikum s projev

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

pokles krevního tlaku s projev

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

neurologické potíže

- bolestivě 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; • hematoma 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 nejasností Vám rádi zodpovíme Vaše dotazy.

Nyní si podrobně přečtete 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.	ANO  NE
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 anestezii nejíst, nepít a nekouřit.	

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

4. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že s podáním anestézie souvisí obecná rizika a následky, které mohou být ovlivněny druhem operace, délkou operačního výkonu, stářím pacienta a typem přidruženého onemocnění. S anestezií souvisí i možnost smrtelných komplikací, které se pohybují kolem 0,5-0,9 úmrtí na 10 000 anestezí.	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 anestezií náušnice a šperky. Dále o nutnosti vyjmutí zubních protéz, očních kontaktních čoček a piercingu. Před operačním výkonem musím být odlícená 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 vyžádají překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře k provedení všech postupů, které povedou k záchraně mého zdraví a života.	ANO	NE

Zde uveďte 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.	ANO	NE
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 anestézie 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 uveďte svoje výhrady a připomínky:

Datum:	Hodina	Podpis pacient 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. HARTMANOVÁ	

20. Trpíte onemocněním krve? (např. poruchy srážení, častá tvorba modřin)	ANO	NE
21. Trpíte alergií?	ANO	NE
Na potraviny? Jaké? Jiné látky? Jaké? Léky? Jaké?		
22. Máte jiné, dosud neuvedené choroby?	ANO	NE
Jaké?		
23. Máte snímatelnou zubní protézu?	ANO	NE
24. Kouříte? Kolik denně?	ANO	NE
25. Pijete alkohol?	NE ☐ ZŘÍDKA ☐ ☐ PRAVIDELNĚ	
26. Užíváte často léky na spaní? Jaké?	ANO	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 opakovaně, potvrdí 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.		

