

INFORMOVANÝ SOUHLAS S MÍSTNÍ ANESTÉZIÍ

Jméno a příjmení pacienta.....

Rodné číslo.....

Každá operace je závažným zásahem do lidského organismu a je provázena určitým rizikem. Anestézie (zncitlivění) umožňuje provedení každého operačního výkonu a znamená vyřazení veškerého vnímání, jak smyslového, tak i vnímání bolesti.

U výkonů, kde lze použít jiný typ anestézie než celkové – tzv. **místní anestézie** (lokální, svodná, periferní blok), je výhodou zejména menší nebo žádné ovlivnění stavu vědomí, přetrvávající pooperační analgezie, nižší farmakologická zátěž a nepřítomnost rizik spojených s celkovou anestézií.

Nevýhodou/komplikacemi jsou naopak možné komplikace a rizika vyplývající z jednotlivých typů místní anestézie, např.: bolestivost v místě vpichu, pooperační bolesti hlavy, infekční komplikace, mechanické poškození nervu, alergická reakce, přechodné poruchy citlivosti, technické komplikace (zalomení katetru apod.), retence moče, vznik krevních výronů.

Další nevýhodou je možnost selhání této metody (nedostatečný účinek místních anestetik) s nutností přechodu na celkovou anestézií.

Obecně můžeme říci, že podání místní nebo celkové anestezie při operačním výkonu nemá alternativu. Jde pouze o volbu typu anestezie.

Doplňující informace:

.....
.....

1. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vysvětlil(a) veškeré výše uvedené skutečnosti pacientovi/pacientce (event. zákonnému zástupci) způsobem, který je dle mého soudu pro něho/ni srozumitelný. Dále jsem seznámil pacienta/pacientku (zákonného zástupce) s problémy, které mohou nastat v průběhu uzdravování i s důsledky odmítnutí navrhovaného postupu.

.....

Datum, jméno, příjmení, podpis a razítko lékaře

2. Prohlášení pacienta/pacientky (zákonného zástupce)

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informována o faktech týkajících se podání místní anestezie. Měla/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným anesteziologickým postupem.

.....

Datum, jméno, příjmení a podpis pacienta/pacientky (zákonného zástupce)