



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE NADZÓRU ANESTEZJOLOGICZNEGO POŁĄCZONEGO Z ANALGOSEDACJĄ

I. Opis procedury będącej powodem zgłoszenia się pacjenta/pacjentki

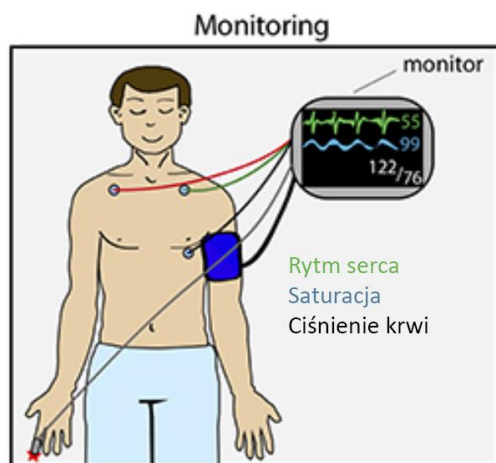
Zaproponowano Pani/Panu poddanie się analgosedacji w celu przeprowadzenia planowanego zabiegu lub procedury diagnostycznej. Nadzór anestezjologiczny połączony z analgosedacją jest formą znieczulenia, podczas którego:

- pacjent/ka płytko śpi lub zachowuje do pewnego stopnia świadomość i kontakt z otoczeniem,
- ma zapewniony komfort - zniesienie bólu i innych nieprzyjemnych doznań i lęku,
- samodzielnie oddycha.

II. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej i oczekiwane korzyści

W ramach przygotowania należy powstrzymać się na minimum 6 godzin przed znieczuleniem od spożywania pokarmów stałych i płynów nieklarownych (np. sok pomarańczowy, mleko, musy owocowe). Na dwie godziny przed zabiegiem można wypić jeszcze do 200 ml wody lub klarownego soku (np. jabłkowego). Najlepiej jeszcze w domu należy pozostawić biżuterię, soczewki kontaktowe, usunąć makijaż i lakier z paznokci. Na salę zabiegową / operacyjną nie wolno zabierać ze sobą ruchomych protez zębowych oraz telefonów komórkowych.

Po przybyciu na salę zabiegową zostanie Pan/Pani podłączony/a do sprzętu monitorującego pracę serca (EKG), ciśnienie tętnicze krwi oraz poziom nasycenia krwi tlenem (pulsoksymetr).



Rysunek poglądowy utworzony przy użyciu generatywnej sztucznej inteligencji (AI). Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.

Założone zostanie wkłucie do żyły (wenflon), przez które podawane będą leki oraz medyczne płyny infuzyjne.

Procedurę analgosedacji przeprowadzi lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką anestezjologiczną w bezpiecznych warunkach sali zabiegowej/operacyjnej.

Leki o działaniu uspokajającym, nasennym i przeciwbólowym będą podawane dożylnie w dawkach precyzyjnie dostosowanych do Pana/Pani potrzeb.

Celem jest osiągnięcie stanu głębokiego uspokojenia lub płytkiego snu, przy zachowaniu własnego, swobodnego oddechu. W zależności od potrzeb, w trakcie procedury może być podawany tlen przez maseczkę twarzową lub specjalne kaniule donosowe („wąsy” tlenowe).

Przez cały czas trwania zabiegu zespół anestezjologiczny będzie czuwał nad Pana/Pani bezpieczeństwem, monitorując funkcje życiowe i dostosowując głębokość analgosedacji.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W wyjątkowych sytuacjach, podyktowanych względami bezpieczeństwa, może zajść konieczność zmiany techniki znieczulenia na znieczulenie ogólne.

Oczekiwane korzyści obejmują:

Główną korzyścią jest zapewnienie komfortu psychicznego i fizycznego podczas zabiegu. Analgesodacja eliminuje odczuwanie bólu i lęku, a często powoduje częściową lub całkowitą niepamięć dotyczącą pobytu w sali operacyjnej/zabiegowej. Pozwala to na sprawne przeprowadzenie zabiegu w warunkach bezpiecznych i bezstresowych dla pacjenta, a jednocześnie wiąże się z mniejszym obciążeniem dla organizmu i szybszym powrotem do pełnej sprawności w porównaniu ze znieczuleniem ogólnym.

III. Zalecenia po wykonaniu analgesodacji

- Pierwszy klarowny płyn można przyjąć zwykle po godzinie od zakończenia procedury.
- Pierwszy lekki posiłek – po około 2 godzinach.
- **Bezwzględny zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych** i obsługi maszyn przez 24 godziny od zakończenia analgesodacji.
- Unikanie spożywania alkoholu przez 24 godziny.
- W dniu zabiegu wskazany jest odpoczynek i nieplanowanie intensywnych aktywności.
- W razie wystąpienia dolegliwości bólowych należy zgłosić to personelowi medycznemu; nie należy przyjmować żadnych leków bez konsultacji.

IV. Opis innych dostępnych form/metod znieczulenia

Wybór odpowiedniej metody zależy od rodzaju zabiegu i Pana/Pani stanu zdrowia. Lekarz wskaże Państwu rzeczywistą alternatywę i wyjaśni, co przemawia za wyborem danego znieczulenia.

Znieczulenie ogólne

Polega na wprowadzeniu pacjenta w stan kontrolowanej, całkowitej nieświadomości. Zazwyczaj wymaga zabezpieczenia dróg oddechowych (np. rurką intubacyjną) i wspomagania oddechu respiratorem. Stosowane w przypadku dużych, rozległych operacji.

Znieczulenie regionalne (obwodowe lub centralne)

Polega na podaniu leku znieczulającego w okolicę nerwów, co powoduje zablokowanie czucia bólu w określonym obszarze ciała (np. kończyna, dolna połowa ciała). Pacjent pozostaje przytomny lub może dodatkowo otrzymać analgesodację dla zapewnienia pełnego komfortu psychicznego i fizycznego.

Znieczulenie miejscowe

Podawane przez operatora bezpośrednio w operowane tkanki. Stosowane przy niewielkich, powierzchownych zabiegach. Pacjent jest w pełni przytomny. Analgesodacja często stanowi uzupełnienie zapewniające tego znieczulenia zapewniając pełny komfort psychiczny i fizyczny.

V. Opis standardowych powikłań związanych z proponowaną procedurą

Zdecydowana większość potencjalnych powikłań analgesodacji ma charakter lekki i przemijający. Poniższa lista przedstawia możliwe zdarzenia niepożądane.

Powikłania lekkie, częste (1:10 - 1:100):

- senność, zawroty głowy, uczucie zmęczenia,
- nudności lub wymioty (znacznie rzadsze niż po znieczuleniu ogólnym),
- ból głowy, suchość w ustach,
- krótkotrwała niepamięć lub dezorientacja (szczególnie u osób starszych),
- ból, zaczerwienienie lub krwiak w miejscu wkłucia dożylnego.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Powikłania zagrażające zdrowiu, rzadkie (1:100 - 1:5 000):

- nadmierne spłylenie oddechu (depresja oddechowa) wymagające czasowego wspomagania oddychania przez anestezjologa,
- zachłyśnięcie treścią pokarmową i chemiczne zapalenie płuc (ryzyko minimalizowane jest przez ścisłe przestrzeganie zaleceń o byciu na czczo),
- reakcje alergiczne na leki o różnym nasileniu,
- znaczące wahania ciśnienia tętniczego lub zaburzenia rytmu serca wymagające leczenia,
- konieczność konwersji do znieczulenia ogólnego w przypadku nieprzewidzianych trudności.

Powikłania zagrażające zdrowiu i życiu, bardzo rzadkie (poniżej 1:5 000):

Podobnie jak w przypadku każdej interwencji medycznej, istnieje minimalne, ale niezerowe ryzyko wystąpienia ciężkich powikłań, zwłaszcza u pacjentów obciążonych poważnymi chorobami lub operowanych w trybie nagłym. Należą do nich: ciężka reakcja alergiczna (wstrząs anafilaktyczny), ciężka niewydolność oddechowa z niedotlenieniem mózgu, poważne powikłania sercowo-naczyniowe (zawał serca, udar mózgu, zatrzymanie krążenia) lub zgon.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

Ryzyko powikłań jest zawsze oceniane indywidualnie i jest nierozdzielnie związane z ogólnym stanem zdrowia pacjenta oraz rozległością planowanego zabiegu. Lekarz anestezjolog określi Pana/Pani ryzyko na podstawie powszechnie stosowanej w anestezjologii klasyfikacji oceniającej ryzyko ASA:

Ryzyko powikłań [] małe - ASA I i II [] średnie - ASA III [] duże - ASA IV i V

VII. Opis prognozy po nadzorze anestezjologicznym z analgosedacją i powikłań odległych

Analgosedacja jako uzupełnienie nadzoru anestezjologicznego jest procedurą bezpieczną, a w przeważającej większości przypadków nie wiąże się z żadnymi odległymi powikłaniami.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego nadzoru anestezjologicznego z analgosedacją

Niewyrażenie zgody na analgosedację może uniemożliwić wykonanie zabiegu lub zmusić do jego przeprowadzenia w warunkach mniejszego komfortu (np. w samym znieczuleniu miejscowym) lub większego ryzyka (np. w znieczuleniu ogólnym, jeśli nie jest ono bezwzględnie konieczne).

IX. Oświadczenia Pacjenta/ki dotyczące proponowanej

PROCEDURY MEDYCZNEJ - NADZÓR ANESTEZJOLOGICZNY Z ANALGOSEDACJĄ

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego nadzoru anestezjologicznego z analgosedacją**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu. Zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am. Zrozumiałem/am, także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu, możliwości zmiany **nadzoru anestezjologicznego z analgosedacją** na inną metodę znieczulenia w sytuacji uzasadnionej medycznie, ryzyku powikłań jej wykonania oraz możliwych następstwach



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

rezygnacji z proponowanego **nadzoru anestezyjologicznego z analgesacją**. Miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty **nadzoru anestezyjologicznego z analgesacją** nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po przeprowadzonej procedurze.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego znieczulenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji/zabiegu udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis pacjenta/
przedstawiciela ustawowego

data

czytelny podpis pacjenta (16-18 lat)

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis pacjenta/
przedstawiciela ustawowego

data

czytelny podpis pacjenta (16-18 lat)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego nadzoru anestezjologicznego z analgosedacją.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis pacjenta/
przedstawiciela ustawowego

data i godzina

czytelny podpis pacjenta (16-18 lat)

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanego nadzoru anestezjologicznego z analgosedacją.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie nadzoru anestezjologicznego z analgosedacją. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis pacjenta/
przedstawiciela ustawowego

data i godzina

czytelny podpis pacjenta (16-18 lat)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej, możliwości zmiany metody znieczulenia w sytuacji uzasadnionej medycznie, oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany **nadzór anestezjologicznego z analgosedacją**.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

_____ data

_____ oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (podpis i pieczęć)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanego nadzoru anestezjologicznego z analgosedacją** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

_____ data i godzina

_____ oznaczenie lekarza odbierającego oświadczenie
(podpis i pieczęć)

_____ miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie znieczulenia ogólnego**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

_____ data

_____ podpis i pieczęć lekarza