



BOHUNICE

JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

PORODNICE

OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

DĚTSKÁ NEMOCNICE

ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 545 574 616

Informovaný souhlas zákonného zástupce s podáním anestézie dítěti v souvislosti s vyšetřením nebo operačním zákrokem

Jméno a příjmení lékaře-anesteziologa:

Jméno a příjmení pacienta:r. č.

Místo hospitalizace (klinika, oddělení, telefon):
.....
.....

Vyplní lékař:

Typ anestézie / sedace:

Celková anestézie Sedace při vědomí Spinální anestézie Epidurální anestézie Jiná svobodná anestézie

Prohlašuji, že jsem seznámil zákonného zástupce dítěte se způsobem plánování anestézie / sedace, který přichází v souvislosti s léčebným případně diagnostickým postupem v úvahu. Rovněž jsem zákonného zástupce dítěte seznámil s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně i těch nejzávažnějších:

- Běžná rizika celkové anestézie: bolest v krku, chrapot, pointubační edém hrtanu, pooperační nevolnost až zvracení, bolest svalů, poranění cév, zubů, dýchacích cest, maligní hypertermie
- Běžná rizika svobodné anestézie: poranění cév, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, bolesti hlavy, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, zadrženi moče
- Informace a poučení o možných komplikacích kombinací dlouhodobě užívaných léků či jiných látek s anestetiky.

Zákonný zástupce dítěte:

- 1) Přečtete si laskavě pozorně text tohoto listu.
- 2) Pokud jste plně nerozuměl(a) lékařovu vysvětlení, nebo potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, zákonný zástupce:

Prohlašuji, že jsem textu poučení porozuměl(a) a byl(a) jsem lékařem srozumitelně informován(a) o povaze a postupu anestézie, byl(a) jsem též informován(a) o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s možnými alternativami i s důsledky anestézie. Měl(a) jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny a odpovédím jsem rozuměl(a).

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným druhem anestézie / sedace
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo zdravotní stav dítěte.

Jsem srozuměn(a) s tím, že:

- uvedený typ anestézie / sedace nemusí být proveden lékařem, který dítě dosud ošetřoval či mne informoval.

V Brně dne

.....
podpis lékaře

.....
podpis zákonného zástupce dítěte

Zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vztah k pacientovi: