

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

Jméno a příjmení pacienta:r. č.

Místo hospitalizace (klinika, oddělení, telefon): **Oddělení 56 NJIP, Pediatrické kliniky FN Brno****Vyplní lékař:**

Typ anestézie / sedace:

- Celková anestézie - Sedace při vědomí - Spinální anestézie - Epidurální anestézie - Jiná svodná 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:

- Možná rizika celkové anestézie: bolest v krku, chrapot, pointubační edém hrtanu, pooperační nevolnost až zvracení, bolest svalů, poranění cév, zubů, dýchacích cest, maligní hypertermie
- Možná rizika svodné anestézie: poranění cév, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, bolesti hlavy, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, zadržování 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 odpovím 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 dne

.....
podpis lékaře.....
podpis zákonného zástupce dítěte

Zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vztah k pacientovi: