



## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE\* A OPRÁVNĚNÍ PRO PODÁNÍ ANESTEZIE

**1)** Já,....., souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.

**2)** Já,..... zákonný zástupce\* výše uvedeného pacienta/nezletilého dítěte, souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.

**3)** Byl(a) jsem poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou v souvislosti s jejím podáním vyskytnout (např. bolest v krku a chrapt, nevolnost a zvracení, bolesti svalů). Dále jsem byl(a) informován(a) o nutnosti použití pomůcek a postupů nezbytných pro zajištění průchodnosti dýchacích cest během anestézie, což může mít za následek možné poškození zubů (včetně jejich vylomení), korunek, výplní či jiných pevných náhrad a poranění dásní nebo rtů.

**4)** Byl(a) jsem poučen(a), že užívané léky či jiné látky, mohou způsobit komplikace během anestézie a operačního výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu vždy o nich informovat lékaře před plánovaným výkonem.

**5)** Byl(a) jsem poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a vzácně i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) během anestézie.

**6)** Potvrduji, že MUDr. .... mne informoval o možnostech anestézie pro daný výkon:

celková anestézie     spinální anestézie     epidurální anestézie     jiná svodná anestézie

Byl(a) jsem poučen(a) lékařem o typu anestézie, která bude použita, porozuměl(a) jsem přínosu i obecně předvídatelným rizikům péče, která bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestézie.

**7)** Byl(a) jsem poučen(a), že během anestézie může být v případě nutnosti zavedeno nezbytné invazivní monitorování a byl(a) jsem seznámen(a) se všemi riziky a s tím spojenými.

**8)** Byl(a) jsem poučen(a), že během anestézie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat modifikaci nebo překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.

**9)** Jestliže vznikne během výkonu nebo bezprostředně po něm důvod, pak souhlasím s podáním krve a nebo krevních derivátů. Dále rozumím, že i přes pečlivé testování a kontrolu krve a krevních přípravků na transfúzních stanicích může ve výjimečných případech dojít v důsledku podání transfúze a nebo krevních derivátů k poškození mého zdraví (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).

**10)** Byl(a) jsem poučen(a), že, pokud nebude řečeno jinak, nesmí se ve vlastním zájmu nebo zájmu dítěte od půlnoci dne před plánovaným výkonem jíst ani pít.

**11)** Byl(a) jsem poučen(a), že vnitřní řád vylučuje přítomnost zákonného zástupce\* zejména: na operačním sále během operačního výkonu, na jiném místě z důvodů hygienických a epidemiologických, z důvodu nedostatečných prostorových kapacit, z důvodu přítomnosti rizika pro doprovod nezletilého pacienta, samotného pacienta nebo i jiných pacientů a pro případ, že by přítomnost takových osob narušovala poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni.

**12)** Souhlasím s provedením všech nezbytných vyšetření a postupů, které umožní zhodnocení rizika spojeného s podáním anestézie, a nebo přispějí k jeho snížení.

### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE\*

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum: ..... Podpis pacienta: .....

Podpis zákonného zástupce\*:.....

### PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Já, MUDr. .... potvrzují, že pacient nebo jeho zákonný zástupce\* byli informováni o možných rizicích spojených se zvoleným typem anestézie.

Datum: ..... Jméno a podpis lékaře: .....

\* Osoba určená zákonným zástupcem, pěstoun nebo jiná osoba, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen.