

	Anesteziolog VICEBAR s.r.o. www.vicebar.cz	
--	--	--

Informovaný souhlas s podáním Anestezie 2.03

Pacient: Jméno a příjmení:

r. č.:

Strana 1./2 - Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu: **Anestezie s použitím a zavedením intravenozní kanyly, zavedením pomůcek zajištění dýchacích cest**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky:

Účelem anestezie je zajistit klidný a nebolestivý průběh operačního výkonu.

Anestezii může být sedace, analgosedace, celková anestezie, místní anestezie, anesteziologický dohled. Vlivem anestetik, tisících léků aplikovaných ústy, nosem, intravenózně či konečníkem, může být pacient ve spánku nebo polospánku a na výkon si nepamatuje.

Celková anestezie je typem anestezie, kdy je minimalizováno vědomí a vnímání bolesti v celém těle. Užívá se při ní směs látek navozujících spánek, bezbolestnost a výběrově i uvolněné svalové napětí. Cesty podání těchto léků jsou nejčastěji nitrožilní a inhalační, buď samostatně nebo v kombinaci.

Rizika:

Mezi nežádoucí účinky plynoucí z anestezie obecně patří bolesti svalů a hlavy, nevolnost, zvracení, ospalost a porucha koordinace, bolesti v krku, chrapot, hematom v okolí vpichu periferní kanyly s nebo bez poruchy neurologických funkcí. Tyto účinky bývají přechodné.

Mezi závažné komplikace, včetně život ohrožujících, vznikajících v souvislosti s anestezii patří alergické reakce, toxické reakce, trombembolická onemocnění, selhání dýchání či krevního oběhu a/nebo jiných orgánů.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Anesteziolog provede vstupní vyšetření, zhodnotí celkový stav a navrhne další postup. Bude ověřena totožnost pacienta, umístění na křeslo/lůžko, monitorace životních funkcí, dezinfekce místa vpichu intravenozní kanyly, aplikace nitrožilního vstupu, zajištění dýchacích cest, ventilace pacienta. U vybraných pacientů je úvod zajištěn inhalací anestetických plynů po které následuje zajištění nitrožilního vstupu s následným zajištěním dýchacích cest.

Omezení a doporučení k optimalizaci průběhu plánovaného zdravotního výkonu:

V rámci přípravy bude optimalizován zdravotní stav, omezen přísun jídla a pití (je nutné: **6 hodin nejíst, 4 hodiny nekojit (kojence pacienta), 2 hodiny nepít ani číré tekutiny**), omezení kouření cigaret, vyjmutí zubních náhrad a dodržovat doporučení lékaře anesteziologa.

Pro všechny výkony doporučujeme aplikaci **antitrombotických kompresních punčoch**, více dle anesteziologa.

	Anesteziolog VICEBAR s.r.o. www.vicebar.cz	
--	--	--

Pacient: Jméno a příjmení:

r. č.:

Strana 2./2 - **Pokračování na druhé straně**

Doporučený postup závisí na druhu výkonu nebo vyšetření. Lékař nabídne další postup.

Po provedení výkonu je na určitou dobu (až 6-24 hod) ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace a/nebo hybnosti.

V případě ambulantního výkonu je doporučeno zajistit po anestezii odchod s doprovodem. Není doporučeno řídit dopravní prostředek následujících 12 hodin.

Pokračování Informovaný souhlas s podáním Anestezie 2.0

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu i s ohledem na možná rizika a komplikace.

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je nepřiměřeně rozumově a volně vyspělý **souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu i s ohledem na možná rizika a komplikace.**

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V dne

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře

..... **Antitrombotické kompresní punčochy použity: ANO NE**

podpis nezletilého pacienta /

pacienta s omezenou svéprávností

Odmítám AK Punčochy Podpis.

.....

Pokud se pacient / zákonný zástupce nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....
jméno, příjmení a podpis svědka.

Vypracoval MUDr. Robert Šachl, Vicebar s.r.o. 24.7.2026