

PRIVOLITEV/ZAVRNITEV IZVAJANJA ANESTEZIJSKIH POSTOPKOV PO POJASNILU

POJASNILNI DEL (izpolni zdravnik)

1. Predlagani NAČIN ANESTEZIJE				
<input type="checkbox"/> Splošna anestezija	<input type="checkbox"/> Regionalna anestezija	<input type="checkbox"/> Splošna in regionalna anestezija	<input type="checkbox"/> Sedacija	<input type="checkbox"/> Nadzor
2. Pojasnilo				
Pacientu sem ustno pojasnil predlagani način anestezije in dodatne postopke, ki lahko postanejo nujni med posegom / preiskavo, ga seznanil s pogostimi tveganji in možnimi zapleti ter s posledicami opustitve predlagane zdravstvene oskrbe.			<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Pacientu sem izročil tudi pisna navodila s kataložno oznako _____. Dodatne informacije o anesteziji so na vsakem kirurškem oddelku, na spletni strani http://www.sb-celje.si/index.php?id=233 ter pred operacijskimi dvoranami oz. ambulantami.			<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
2.1 Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti so:				
– pri splošni anesteziji: poškodba, omajanje ali izpuljenje zob, vdihnjenje zoba, slabost z bruhanjem, boleče grlo, mišične bolečine, motnje zavesti od nezavesti do kome, oteženo dihanje, motnje v delovanju srca in ožilja, nevaren porast telesne temperature, prehodne težave zaradi položaja telesa, alergične reakcije vseh oblik in stopenj;				
– pri regionalni anesteziji:				
a) <u>zaradi lokalnega anestetika:</u> šumenje v ušesih, moten vid, omotičnost, počasen utrip srca, padec krvnega tlaka;				
b) <u>zaradi posega:</u> omrtnost anesteziranega predela, bolečina na mestu vboda, manjše podplutbe, neobčutljivost v predelu blokade, ki lahko traja dalj časa od načrtovane, prehodne težave z uriniranjem, glavobol pri subarahnoidalni blokadi, nepredviden pritisk na posamezna živčna vlakna, ki lahko vodi tudi v začasno ohromelost, alergične reakcije vseh vrst in stopenj;				
– pri anesteziji nosečnic oz. v porodništvu: možni zapleti tako pri materi kot tudi pri novorojencu.				
2.2 Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe				
<input type="checkbox"/> Operater ne bo mogel izvesti posega, ki ga je priporočil.				

Posebne zahteve glede drugačnega jezika ali komunikacijske metode:

☐ NE ☐ DA Navedi: _____

IZJAVA POJASNJEVALCA (izpolni zdravnik)

Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik 1 in 2	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Pacient je na podlagi vprašanj dobil dodatna pojasnila	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
OPOMBE (ustrezno obkroži):		
1. Zaradi pacientovega zdravstvenega stanja privolitve ni mogoče dobiti.		
2. Pacient je dal ustno privolitev. Priči: Ime in priimek Podpis		
<div><div></div><div></div></div>		
3. Pacient po pojasnilu izjave ne želi izpolniti in podpisati.		
Priimek in ime pojasnjevalca (tiskano, žig):		
Datum in ura:	Podpis pojasnjevalca:	

IZJAVA PREVAJALCA ALI TOLMAČA

Pacientu sem prevajal oz. tolmačil zgoraj navedene informacije po svojih najboljših sposobnostih in na način, za katerega verjamem, da mu je bil razumljiv.

Ime in priimek ter poklicni naziv prevajalca:

Datum in ura:

Podpis prevajalca:

PACIENTOVA IZJAVA O PRIVOLITVI / ZAVRNITVI (izpolni pacient/starš/skrbnik)

Seznanjen sem z načinom anestezije in nadzorom življenjsko pomembnih funkcij med operacijo in v zgodnjem pooperacijskem obdobju ter z diagnostičnimi posegi med operacijo in v zgodnjem pooperacijskem obdobju.

☐ DA

☐ NE

Poučen sem, da je sodobna anestezija varna. Čeprav je vodena strokovno in skrbno, pa se včasih ni mogoče izogniti zapletom, ki se v najhujšem primeru lahko končajo tudi s smrtjo.

☐ DA

☐ NE

Dovolim, da anesteziolog prilagodi (spremeni) predvideni način anestezije, če bi to bilo potrebno.

☐ DA

☐ NE

Dovolim morebitne dodatne posege, ki bi bili potrebni za varno vodenje anestezije in reševanje morebitnih posegov.

☐ DA

☐ NE

Dovolim morebitno transfuzijo krvi ali krvnih derivatov in sem poučen(a) o možnih nevarnostih le-te ter seznanjen(a) z možnostjo avtotransfuzije.

☐ DA

☐ NE

Potrdujem, da sem dobil(a) izčrpne odgovore na vprašanja in v predvidene postopke, opisane na tem obrazcu:

☐ PRIVOLIM

☐ NE PRIVOLIM

Pacientova prepoved

Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Spodaj sem naštel postopke, za katere NE želim, da bi bili izvedeni:

Ime in priimek starša ali skrbnika: _____

Datum in ura: _____

Podpis pacienta oz. starša ali skrbnika: _____