

# Świadoma zgoda na znieczulenie do zabiegu endoskopowego

Nazwisko, imię: ..... PESEL: ..... Nr Ks. Gł.: .....

## Informacje ogólne

Do zabiegu endoskopowego .....  
zapropozowano Panu(i) znieczulenie ogólne dożylnie. W trakcie znieczulenia pacjent pozostaje pod opieką zespołu anestezyjologicznego, w skład którego wchodzi lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezyjologiczna. Podczas znieczulenia i zabiegu pacjent nie odczuwa bólu, świadomość jest zniesiona lub może być ograniczona.

## Przebieg znieczulenia

Przed znieczuleniem pacjent jest podłączony do aparatury monitorującej podstawowe funkcje życiowe, skontrolowane zostaje położenie wkłucia obwodowego, założona zostaje maska z tlenem. Leki stosowane podczas znieczulenia są podawane drogą dożylną. Po zabiegu pacjent jest przewożony do sali obserwacyjnej. Czas pobytu w tej sali zależy od stanu chorego i długości zabiegu.

## Możliwe powikłania

Znieczulenie ogólne jest obarczone ryzykiem wystąpienia powikłań, od lekkich, jak np. podanie leku pozanaczyniowo, przez reakcje alergiczne aż po ciężkie zaburzenia krążeniowo- oddechowe i zgon. Zespół anestezyjologiczny jest przygotowany do natychmiastowego leczenia tych powikłań. Ciężkie powikłania są skrajnie rzadkie.

## Oświadczenie pacjenta

Zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza o planowanym znieczuleniu do zabiegu endoskopowego, sposobie jego wykonania i możliwych powikłaniach. Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie.

Gdańsk, dnia ..... Podpis pacjenta .....

Podpis lekarza .....

## Końcowe badanie anestezyjologiczne:

1.ukł. krążenia .....

2.ukł. oddechowy .....

3.problemy specyficzne .....

## Badania:

Hb.....g%, Ht.....%, Pł.....tys., INR....., Na.....mmol/l, K.....mmol/l

ASA .....

Data i podpis lekarza anestezyjologa: .....