

Island Digestive Health Center, LLC

Zgoda na podanie znieczulenia

Potwierdzam, że opiekujący się mną lekarz wyjaśnił mi, że zostanę poddany/poddana zabiegowi. Rozumiem również, że aby lekarz mógł przeprowadzić zabieg, konieczne jest podanie mi znieczulenia. Wyjaśniono mi, że wszystkie rodzaje znieczulenia wiążą się z pewnym ryzykiem i choć rzadko, mogą wystąpić ciężkie powikłania związane ze znieczuleniem, które mogą obejmować między innymi zakażenia, krwawienie, reakcje polekowe, zakrzepy, utratę czucia, utratę władzy w kończynach, paraliż, udar, uszkodzenia mózgu, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego, powikłania płucne lub zgon. Rozumiem, że zagrożenia te dotyczą wszystkich form znieczulenia, a oprócz tego wyjaśniono mi dodatkowe lub szczególne zagrożenia, które wskazano poniżej. Rozumiem, że zaznaczone poniżej rodzaje znieczulenia zostaną zastosowane podczas zabiegu oraz że technika zastosowana podczas przeprowadzania zabiegu jest uzależniona od wielu czynników, w tym od mojego stanu fizycznego, rodzaju przeprowadzanego zabiegu oraz preferencji mojego lekarza i moich własnych.

Planowana technika znieczulenia:

Monitoring anestezyjologiczny (bez sedacji)	Oczekiwane rezultaty	Brak zmiany przytomności i stanu umysłowego
	Technika	Monitorowanie parametrów życiowych
	Zagrożenia	Możliwe niedogodności związane z zabiegiem
Monitoring anestezyjologiczny (z sedacją)	Oczekiwane rezultaty	Obniżony niepokój i mniejszy ból, częściowa lub zupełna niepamięć
	Technika	Lek wstrzykiwany do krwiobiegu lub podawany innymi drogami, co wprowadza pacjenta w stan półprzytomności
	Zagrożenia	Reakcje alergiczne na leki, uszkodzenie zębów, odzyskanie świadomości podczas zabiegu, uszkodzenie naczyń krwionośnych, zapaść oddechowa.

Niniejszym wyrażam zgodę na podanie mi wskazanego powyżej znieczulenia i upoważniam lekarza anestezyjologa do jego podania. Potwierdzam, że przeczytałem/przeczytałam niniejszy formularz, że rozumiem charakter, korzyści, zagrożenia, alternatywne rozwiązania oraz oczekiwane rezultaty podania znieczulenia oraz że miałem/miałam wystarczająco dużo czasu na zadawanie pytań i rozważenie mojej decyzji.

Data _____

Godzina: _____

Podpis pacjenta/przedstawiciela _____ Stopień pokrewieństwa _____

Podpis świadka _____

Podpis lekarza _____