



**Fakultní nemocnice Hradec Králové**  
Sokolská 581, Nový Hradec Králové, 50005  
IČO: 00179906

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

## Souhlas pacienta/pacientky s anesteziologickou péčí

Pacient/ka ..... Rodné číslo .....

jméno příjmení titul

### CHCI/NECHCI znát informace o mém zdravotním stavu v souvislosti s podáním anestézie

Byl/a jsem lékařem anesteziologem seznámen/a s údaji o

- účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích, možných rizicích a komplikacích anestézie, souvisejících výkonů včetně možných alternativ a jejich volbě,
- případném možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, změnách zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
- poučení o vlivu těchto postupů na již v minulosti implantované zdravotnické prostředky.

#### Typy anestézie

- Celková anestézie
- Subarachnoidální anestézie
- Epidurální anestézie
- Periferní nervová blokáda
- Monitorovaná sedace/analgézie
- Jiný typ anestézie:  
.....

#### Výkony související s anesteziologickou péčí

- Periferní žilní katétr
- Centrální žilní katétr
- Arteriální katétr
- Epidurální katétr
- Subarachnoidální punkce
- Katétr pro periferní  
nervovou blokádu
- Tracheální intubace
- Laryngeální maska
- Močový katétr
- Žaludeční sonda
- Jiné:.....  
.....

Zvolený typ anestézie po zvážení všech okolností nemá alternativu.

Jsem srozuměn s tím, že provádění jakékoliv anesteziologické techniky a průběh operačního výkonu si může vyžádat podání celkové anestézie jako jediného východiska vedoucího k úspěšnému dokončení operačního výkonu nebo k záchraně mého zdraví/života.

**Výkon ve svodné anestézii nemůže být proveden bez vašeho souhlasu s podáním celkové anestézie.**

Tyto body jsou podrobně uvedeny v Příloze č. 1 **Poučení o celkové anestézii** a pro výkony ve svodné anestézii také v Příloze č. 2 **Poučení o svodné anestézii**, které mají každá 2 strany a jsou nedílnou součástí tohoto souhlasu.

**Byl/a jsem informován/a, že pravděpodobnost některých rizik a komplikací je u mne zvýšená vzhledem k mému zdravotnímu stavu ovlivněnému:**

- Onemocnění srdce
- Předchozím onemocněním mozku nebo nervů
- Předchozím onemocněním jater nebo ledvin
- Stavem chrupu, schopností otevřít ústa
- Předchozím onemocněním žláz s vnitřní sekrecí
- Předchozím plicním onemocněním
- Jiné:
- Jiné:

**Z výše uvedených důvodů můj zdravotní stav zvyšuje (nad rámec rizik uvedených v Příloze č. 1 a č. 2 tohoto souhlasu) zejména riziko výskytu následujících komplikací nebo následků:**

- Akutní infarkt myokardu, srdeční selhání
- Zhoršení mozkových (kognitivních) funkcí
- Cévní mozkové příhody
- Zhoršení funkce jater nebo ledvin
- Poškození chrupu nebo poranění dýchacích cest
- Zhoršení plicních funkcí
- Jiné:
- Jiné:

Potvrzuji, že mi byly tyto údaje lékařem sděleny a vysvětleny a že jsem jim porozuměl/a.  
Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně upřesnění všech rizik či komplikací.  
Prohlašuji, že jsem uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a, jsem si vědom/a rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestézie a výslovně souhlasím s poskytnutím navrhovaného typu anestézie a s anestézií souvisejících výkonů pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby, nebo že existují jiná omezení mé schopnosti vyjadřovat se k poskytování zdravotní péče (soudem nařízená léčba, omezení svéprávnosti pro oblast poskytování zdravotních služeb).

**Vyslovuji souhlas s případným opakováním navrhované anesteziologické péče a výkonů a to za podmínky, že se v průběhu navrhované léčby nezmění můj zdravotní stav, který by si vyžádal změnu v původně odsouhlasené léčbě, nebo se nevyskytnou jiné překážky. Byl/a jsem srozumitelně poučena o možnosti svůj souhlas kdykoli odvolat. /x/**

Byl/a jsem poučen/a že pokud mám již minulosti implantovaný zdravotnický prostředek, může jej navrhovaná zdravotní péče ovlivnit následujícím způsobem:

Jiná sdělení/doplnění:

Hradec Králové dne.....v.....hod.

Jmenovka a podpis lékaře.....

Souhlasím s navrhovaným postupem dne.....v.....hod.

Podpis pacienta. ....