

**Část A) Vážená paní, vážený pane,  
zdravotní výkon, který Vám doporučujeme, vyžaduje Váš INFORMOVANÝ SOUHLAS.**

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

**Název zdravotní služby (výkonu): ANESTÉZIE / SEDACE**

**1. Důvod a cíl výkonu**

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí v anestézii (znectivění). Za její provedení odpovídá odborný lékař – anesteziolog, který zároveň během výkonu sleduje a udržuje životně důležité funkce nemocného (především krevní oběh a dýchání). Anesteziolog chrání organismus pacienta před nepříznivými účinky operace a anestézie. K vyřazení bolesti při výkonu slouží buď anestézie celková nebo znectivění jen operované části těla (svodná anestézie). Analgosedace potlačuje pouze vnímání bolesti v celém těle.

**2. Povaha a následky výkonu – typ anestézie/sedace: existují různé typy anestézie**

- **Celková** – stav navozený léky, podobný hlubokému spánku, kdy nevnímáte bolestivé vjemy ani co se děje kolem Vás.
- **Svodná** – stav, kdy je aplikací lokálního anestetika do přesně definované oblasti v blízkosti nervu blokován bolestivý vjem z operačního pole. Přitom můžete být při vědomí nebo můžete tzv. „pospávat“. Záleží na Vašem rozhodnutí. Příprava pacienta ke svodné anestézii je shodná s celkovou anestézií.
- **Analgosedace** – léky navozený stav, kdy částečně vnímáte okolí a je účinně odstraněno vnímání bolesti v celém těle. Pocity tlaku, dotyku apod. zůstávají zachovány. Vlivem tisíců léků bývá navozen „polospánek“ a výkon si nemusíte pamatovat.

**3. Rizika výkonu**

Žádný lékařský zákrok není zcela bez rizika. Bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout. Některá jsou vyjmenovaná níže.

- **Běžná rizika celkové anestezie** – prokrvácení nebo otok v místě zavedení infuze, bolesti v krku, chrapot, poranění zubů, dýchacích cest, pooperační nevolnost nebo zvracení, bolesti svalů.
- **Běžná rizika svodné anestezie a zavedení epidurálního katetru** – bolesti zad při znectivění v oblasti páteře, přechodně obtížné močení, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znectivění, alergická reakce.
- **Další vzácně se vyskytující příhody během anestezie** - vedlejší účinky léků užívaných při znectivění (např. alergie), neplánovaná změna jednoho druhu znectivění na jiný při jeho selhání nebo při nutné změně operačního postupu, provedení neplánovaných invazivních procedur při komplikacích (např. zavedení rourky do průdušnice, zavedení několika cévních vstupů), možnost neplánovaného udržování v umělém léčebném spánku na oddělení intenzivní nebo resuscitační péče při náhle vzniklé potřebě podpory životních funkcí).

**4. Hospitalizace a omezení, doporučení ve způsobu života**

Omezení příjmu stravy a tekutin – **Tekutiny** – před plánovanými výkony dodržet alespoň 2 hodiny od posledního příjmu tzv. čirých tekutin (voda, čisté ovocné šťávy bez dužiny, čistý čaj) (100 ml). K zapití předoperační medikace lze podat malé množství vody (do 30 ml). **Strava** – před plánovanými výkony dodržet alespoň 6 hodin od posledního příjmu i tzv. lehkého jídla nebo mléka, dodržet alespoň 6 hodin od posledního příjmu sladkostí. Příjem tučných a smažených jídel zpomaluje vyprazdňování žaludku a v těchto případech je doporučeno dodržet alespoň 8 hodin od posledního jídla. V den výkonu nejsou vhodné **žvýkačky**. V den výkonu je doporučeno **nekouřit**.

**5. Alternativy výkonu** – Odlišné typy anestézie/sedace dle charakteru výkonu.

Bližší informace Vám podá anesteziolog před výkonem.

**Část B)**  
**INFORMOVANÝ SOUHLAS**  
**SE ZDRAVOTNÍ SLUŽBOU**

**ANESTÉZIE/SEDACE**

**Jméno a příjmení pacienta/pacientky,  
rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny,  
adresa bydliště:**

Prohlašuji, že jsem vysvětlil/a podstatu a výhody zdravotní služby (výkonu) pacientce/pacientovi (zák. zást. pacienta) způsobem, který byl podle mého soudu pro ni/něho (pro ně) srozumitelný. Rovněž jsem ji/ho seznámil/a s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi.

Seznámil/a jsem pacientku/pacienta (zák. zástupce pacienta) s možnými alternativami navrhovaného výkonu a s problémy, které mohou nastat během uzdravování i s důsledky odmítnutí výkonu.

Jméno a příjmení lékařky/lékaře: .....

Podpis: ..... Datum: .....

**Pacientka/pacient (zák. zástupce)**

- 1) *Přečtěte si laskavě pozorně informace na všech stranách formuláře informovaného souhlasu částí A i B.*
- 2) *Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.*
- 3) *Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.*

**Já, pacientka/pacient (zák. zástupce):**

Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného v části A i B, byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami k výkonu/postupu i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování.

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným zdravotním výkonem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

**Jsem srozuměn/a s tím, že** uvedený zdravotní výkon nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

**Podpis pacientky/pacienta:**  
**(zák. zástupce pacienta)** .....

**Datum:** .....

V případě, že se pacientka/pacient nemůže podepsat:

Důvod:	
Způsob projevu souhlasu:	

Svěddek:

**jméno a příjmení**

**podpis svědka**