

## INFORMOVANÝ SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S PODÁNÍM ANESTÉZIE / SEDACE

### DÍTĚTI

Pacient/ka: ..... r.č: .....  
(jméno, příjmení)

zákonný zástupce: .....

Lékař, který provedl poučení: .....

**Vážená paní, vážený pane, dnešního dne jste byl/a lékařem poučen/a o zdravotním výkonu, který má být Vašemu dítěti proveden v anestézii.**

Vyplní lékař:

#### **Typ anestézie / sedace:**

- celková** - stav navozený léky, podobný hlubokému spánku, kdy nevnímáte ani bolestivé vjemy ani co se děje kolem Vás.
- svodná** - stav, kdy aplikací lokálního anestetika do přesně definované oblasti v blízkosti nervu je blokován příjem bolestivého vjemu z operačního pole. Přitom můžete být plně při vědomí nebo můžete tzv. „pospávat“. Záleží na Vašem rozhodnutí.
- analgosedace** - léky navozený stav, kdy částečně vnímáte okolí a je účinně odstraněno vnímání bolesti

#### Možné komplikace a rizika spojené s anestézií:

- **bolesti v krku**
- **pocit na zvracení, event. zvracení po výkonu**
- **poškození chrupu**
- **možné bolesti hlavy nebo zad po svodné anestézii**
- **možnost zánětu žil nebo hematomu (modřiny) v místě vpichu infuze**
- **možnost vdechnutí zbytku jídla**
- **těžká alergická reakce nebo atypická reakce na podaná léčiva**

**v extrémně vzácných případech mohou pacienta ohrozit na životě**

#### **Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem osobně seznámil/a rodiče/zákonného zástupce/ se způsobem plánované anestézie/sedace, který přichází v souvislosti s léčebným případně diagnostickým výkonem v úvahu. Rovněž jsem rodiče/zákonného zástupce seznámil/a s možnými komplikacemi a riziky anestézie, s alternativami a případnými důsledky toho, když výkon nebude proveden. Osobně jsem odpověděl/a rodiči/zákonnému zástupci na všechny doplňující dotazy týkající se shora popsaného výkonu.

Prohlašuji, že jsem osobně seznámil s anestézií i dítě, s přihlédnutím k jeho věku a rozumovým schopnostem.

Podpis lékaře (anesteziologa), který poučení provedl: .....

### **Pacient/ka (zákonný zástupce)**

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o povaze anestézie /sedace uvedené výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly náležitě zodpovězeny.

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

- s uvedeným druhem anestézie / sedace
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo zdravotní stav mnou zastupované osoby
- s podáním krve a krevních derivátů v případě nutnosti

V Chrudimi dne: .....

podpis rodiče /zákonného zástupce/: .....

podpis pacienta: .....