

Souhlasím s těmito následujícími **léčebnými postupy a vyšetřeními** v nutném rozsahu, které sníží rizika anestézie, analgosedace, analgezie:

Mezi tyto základní postupy patří zajištění průchodnosti dýchacích cest a dostatečné plicní ventilace pomocí speciálních pomůcek a postupů (nejčastěji tzv. tracheální intubací). Vzácně při ní (je-li obtížná) může dojít k poškození chrupu včetně nesnímatelných náhrad či poranění měkkých tkání v ústní nebo nosní dutině. Dále je nezbytné sledování životních funkcí neinvazivní, případně invazivní metodou (kanylace tepny nejčastěji na zápěstí a centrální žíly v oblasti krku či klíční kosti), což je opět spojeno s možností komplikací (např. pneumothorax, poranění plice, poranění cévy)

Souhlasím též s nezbytným **podáním krevních derivátů** během výkonu a jsem si vědom/a, že i přes pečlivou kontrolu krevních derivátů, jak ze strany transfúzního oddělení, tak ze strany anesteziologa, může dojít ve výjimečných případech ke komplikacím spojených s převodem krevních derivátů (horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob atd.)

Byl/a jsem **poučen/a** o nutnosti předoperační přípravy (především omezení přísunu jídla, pití a kouření, podání premedikace) a ve vlastním zájmu dodržím všechna nařízení anesteziologa, včetně nutnosti nezbytné spolupráce podle poučení anesteziologa v případě výběru některé z technik místního znecitlivění

Prohlašuji, že jsem anesteziologovi sdělil/a všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh výkonu (užívané léky, alergie, všechna přidružená onemocnění)

Beru na vědomí, že po provedení **uvedeného zdravotního výkonu budu/bude osoba, které jsem zákonným zástupcem do jisté míry omezen/a v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti**. Především může být po určitou dobu (až 24 hod.) ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. V případě ambulantních výkonů je proto nezbytné si zajistit i doprovod. V následujících 24 hod. se nebudu/nebude osoba, které jsem zákonným zástupcem věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorového vozidla)

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu.

Beru na vědomí, že během anestézie, analgosedace, analgezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu vyžadující modifikaci předem domluveného postupu při výkonu a dávám svolení k překročení tohoto oprávnění v zájmu zajištění života a zdraví mého/osoby, které jsem zákonným zástupcem včetně návazné resuscitační či intenzivní péče

Současně **prohlašuji**, že v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré polébné a neodkladné výkony a léčebné postupy nutné k záchraně života nebo zdraví mého/osoby, které jsem zákonným zástupcem

Informace o mém zdravotním stavu **je možno** v případě nutnosti či jejich dotazu **podat této osobě (osobám):**

Jméno a příjmení Telefon :

Jméno a příjmení Telefon :

Jméno a příjmení Telefon :

V Praze dne :

.....
Vlastnoruční podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
Podpis lékaře, který poučení provedl

.....
Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat