

## ZNIECZULENIE OGÓLNE DOŻYLNIE

Imię i nazwisko	<input type="text"/>										
Telefon	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Informacje o znieczuleniu ogólnym dożylnym

Znieczulenie ogólne dożylnie zapewnia sen i bezbolesność w czasie zabiegu/badania diagnostycznego przy pomocy leków podanych drogą dożylną. W ciągu całego znieczulenia pacjent jest nadzorowany przez lekarza anestezjologa i pielęgniarkę anestezjologiczną.

### Wywiad/konsultacja anestezjologiczna

Choroby przebyte \_\_\_\_\_

Choroby przewlekłe \_\_\_\_\_

Przebyte znieczulenia \_\_\_\_\_

Przyjmowane leki \_\_\_\_\_

Przebyte zabiegi operacyjne \_\_\_\_\_

Uczulenia na leki \_\_\_\_\_

Nadwrażliwość na leki p/bólowe \_\_\_\_\_

Ostatni stały posiłek:                    dnia \_\_\_\_\_ godz. \_\_\_\_\_

Ostatni klarowny napój wypity:    dnia \_\_\_\_\_ godz. \_\_\_\_\_

Wzrost \_\_\_\_\_ Ciężar ciała \_\_\_\_\_ Temp. ciała \_\_\_\_\_

Ciśnienie tętnicze \_\_\_\_\_ Tętno \_\_\_\_\_ ASA \_\_\_\_\_

### Oświadczenie

- Oświadczam, że zrozumiałam/em istotę proponowanej metody znieczulenia. Poinformowano mnie o jej wadach, zaletach oraz możliwych powikłaniach z nią związanych.
- Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje podczas wywiadu lekarskiego i badania są zgodne z prawdą oraz że nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, przebytych chorób.
- Zgłaszam następujące zastrzeżenia: \_\_\_\_\_

Czytelny podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.

Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

### Zgoda na przeprowadzenie znieczulenia ogólnego dożylnego

Wyrażam dobrowolną zgodę na wykonanie  u mnie  mojego dziecka  mojego podopiecznego znieczulenia ogólnego dożylnego niezbędnego do przeprowadzenia zabieg u/ badania diagnostycznego oraz na wykonanie niezbędnych procedur medycznych do przeprowadzenia powyższego znieczulenia i ewentualną uzasadnioną zmianę metody znieczulenia.

Data

Godzina

Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Czytelny podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć lekarza

