

**PACIENT:****Meno, priezvisko, rodné číslo****VŠEOBECNÁ INFORMÁCIA:**

- Váš odborný lekár Vám odporučil podrobiť sa chirurgickému zákroku v anestézii ambulantne, teda bez toho, aby ste museli byť prijatý na nemocničné lôžko.
- Ambulantný výkon znamená, že sa dostavíte do zariadenia ráno, v deň výkonu, a v ten istý deň sa vrátite domov.
- Byť ambulantným pacientom znamená, že ste schopný a ochotný prevziať zodpovednosť za svoje vlastné zdravie po výkone.

ODPORÚČANIA PRED VÝKONOM:

- Prineste si so sebou Vaše interné predoperačné vyšetrenie s laboratornými výsledkami (nie staršími ako 3 týždne) a preukaz poistenca.
- **Je potrebné dostaviť sa nalačno, to znamená od polnoci nejesť a nepiť (ani žuvačka, ani cukrík)**
- Odporúčame Vám nefajčiť (prestať fajčiť do obdobia výkonu).
- Nepite alkoholické nápoje najmenej 24 hod. pred výkonom.
- **Pokiaľ užívate akékoľvek lieky, prosíme Vás aby ste ich vzali so sebou a ukázali anesteziológovi.**
- Pokiaľ ste sledovaní v ambulancii odborného lekára (internista, alergológ, psychiater...), prineste v deň zákroku lekársku správu z posledného vyšetrenia.
- Je dôležité a vo Vašom záujme, aby bol anesteziológ presne informovaný o užívaní liekov i o Vašich návykoch, fajčení, pití alkoholických nápojov, poprípade užívaní návykových látok.
- Neužívajte aspoň 7 dní pred zákrokom lieky s obsahom salicylátov (Anopyrin a iné).
- Ambulantný výkon v anestézii je možný len vtedy, ak ste za uplynulých 3 týždne neprekonali infekčné ochorenie dýchacích ciest (nádcha, chrípka, zápal hrdla...).
- V deň výkonu nepoužívajte make-up, lak na nechty ani parfém.
- Pred výkonom odložte kontaktné šošovky, zubné protézy, naslúchacie strojčky.
- Nenoste do zariadenia cennosti, šperky ani iné snímateľné ozdoby.
- **Prineste si biele ponožky, nočnú košeľu, prezúvky**

ODPORÚČANIA PO VÝKONE:

- **Nie je dovolené:**
 - Aby ste **išli domov hromadným dopravným prostriedkom!**
 - Aby ste **išli domov sami!**
 - **Riadili motorové vozidlo!**
- Od doby prepustenia z nášho zariadenia **počas nasledujúcich 24 hodín musíte byť pod dohľadom dospeléj zodpovednej osoby.**
- V prípade pooperačných ťažkostí má lekár právo požadovať od Vás, aby ste sa do 24 hodín od ukončenia výkonu zdržiavali do 25 km od nášho zariadenia s možnosťou telefonického spojenia.
- **Počas nasledujúcich 36 hodín po anestézii:**
 - nejazdite hromadnou dopravou,
 - nejazdite ako vodič akýmkoľvek motorovým vozidlom ani bezmotorovým dopravným prostriedkom,
 - nepite alkoholické nápoje,
 - nepoužívajte ostré predmety alebo nástroje, nepracujte vo výškach,
 - zostaňte doma, čo najviac odpočívajte, jedzte len malé porcie a ľahké jedlo,
 - nepodpisujte žiadne právne dokumenty.

Bol(a) som poučený(á), že výkon môže mať rôzne riziká a nežiaduce účinky: najčastejšie sa môže vyskytnúť napríklad nevoľnosť, vracanie, závrat, prechodná ospalosť a porucha koordinácie, bolesti v krku, chrapot. Vzácné sa vyskytujú závažné komplikácie, vrátane život ohrozujúcich (napr. alergické reakcie, toxické reakcie, zlyhanie dýchania, obehu, pečene, obličiek, poranenie ciev, nervu). Nutné je zaistenie žily pre podávanie liekov do žily behom výkonu a nejakú dobu po výkone. Pri nej môže dôjsť napr. k poraneniu žily, krvnému výronu, vzácné k poraneniu tepny či nervu. Následne k zápalovým reakciám v mieste vpichu. Behom uspania sú sledované životné funkcie pomocou prístrojov.

Prehlasujem, že som anesteziológovi oznámil(a) všetky mne známe dôvody, ktoré by mohli skomplikovať kľudný priebeh výkonu (užívané lieky, alergie, pridružené ochorenia).

Beriem na vedomie, že po vykonaní znečítlivenia budem do istej miery obmedzený(á) v obvyklom spôsobe života a pracovnej schopnosti. Predovšetkým môže byť po určitú dobu dočasne ovplyvnená schopnosť sústrediť sa, môžu napr. pretrvávať poruchy koordinácie či hybnosti (všetko väčšinou maximálne do 24hod).

Beriem na vedomie, že behom anestézie môže dôjsť k náhlej zmene zdravotného stavu čo by mohlo vyžadovať zmenu vopred dohodnutého postupu pri výkone. K tomuto dávam povolenie v záujme zaistenia môjho života a zdravia vrátane nadväznej resuscitačnej či intenzívnej starostlivosti. Súčasne **prehlasujem,** že v prípade výskytu neočakávaných komplikácií súhlasím s tým, aby boli vykonané všetky potrebné a neodkladné výkony a liečebné postupy nutné k záchrane môjho života alebo zdravia.

Názov dokumentu	IS-GYNBB-033 Anesteziologický dotazník+súhlas SK			Číslo verzie/zmeny	02/04
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Jana Mačičáková 25.03.2020			Dátum schválenia / platí od:	01.04.2020/ 06.04.2020
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Lenka Šváčová	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	STRANA 1 (CELKOM 3)	



Pokiaľ by sa po výkone vyskytli akékoľvek zdravotné ťažkosti, kontaktujte prosím lekára Sanatória Helios Banská Bystrica, s.r.o. na t. č. +421 907 763 153.

Týmto potvrdzujem, že som bol podrobne informovaný o nasledujúcom výkone:

a bol som poučený:

- o účele a povahe poskytnutia uvedenej potrebnej zdravotnej starostlivosti
- o následkoch a možných rizikách poskytnutia uvedenej zdravotnej starostlivosti
- o následkoch a rizikách odmietnutia poskytnutia uvedenej zdravotnej starostlivosti

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol poučený zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku. Poskytnutým informáciám som porozumel a mal som príležitosť klásť otázky na ktoré som dostal odpovede.

V B. Bystrici, dňa:

Podpis pacienta:

Podpis ošetrojúceho lekára:

Ja,, rodné číslo:,

trvalým pobytom:, **svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s realizáciou výkonu:** v celkovej anestézii ako ambulantný pacient. Prečítal som si informácie aj všetky odporúčania, porozumel som im a som schopný a ochotný dodržať ich.

Týmto v zmysle § 6 ods. 4 zákona 576/2004 Z. z. súhlasím so základnými diagnostickými a liečebnými postupmi, o ktorých som bol poučený a som si vedomý, vzhľadom na môj súčasný zdravotný stav, vplyvu poskytnutia uvedenej zdravotnej starostlivosti na ďalší spôsob môjho života. Svojim podpisom zároveň potvrdzujem, že som mal možnosť a dostatočný čas sa slobodne rozhodnúť pre informovaný súhlas a všetky poskytnuté informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia pravdivé.

V B. Bystrici, dňa:

Podpis pacienta:

Prehlasujem a svojim vlastnoručným podpisom potvrdzujem, že lekár, ktorý mi poskytol poučenie, mi osobne vysvetlil všetko, čo je obsahom tohto písomného informovaného súhlasu a mal(a) som možnosť klásť mu otázky, na ktoré mi riadne odpovedal. Prehlasujem, že som zhora uvedenému poučeniu plne porozumel(a) a výslovne súhlasím s vykonaním zdravotného výkonu. Súhlasím s tým, že svedkom pre overenie platnosti podpisu je poverený zamestnanec Sanatória Helios Banská Bystrica, s.r.o.

Dňa:

.....
podpis lekára, ktorý vykonal poučenie

.....
podpis pacienta

V B. Bystrici, dňa

Svedok podpisu
meno a priezvisko, podpis

Názov dokumentu	IS-GYNBB-033 Anesteziologický dotazník+súhlas SK		Číslo verzie/zmeny	02/04
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Jana Mačičáková 25.03.2020		Dátum schválenia / platí od:	01.04.2020/ 06.04.2020
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Lenka Šváčová	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	

**DOTAZNÍK PRED CELKOVOU ANESTÉZIOU**

Meno, priezvisko:.....

Rodné číslo:.....

Operačný výkon:.....

Vek:.....

výška:.....cm

váha:.....kg

- 1) Fajčím..... ☐ nie ☐ áno, koľko denne
- 2) Pijem alkohol..... ☐ nie ☐ áno
- 3) Kojím ☐ nie ☐ áno
- 4) Užívam pravidelne lieky..... ☐ nie ☐ áno, aké
- 5) Prekonal(a) som operácie..... ☐ nie ☐ áno, aké a kedy
- 6) Problém počas anestézie..... ☐ nie ☐ áno, aký
- 7) Som v starostlivosti odborného lekára..... ☐ nie ☐ áno, s čím
- 8) Dostal(a) som transfúziu krvi..... ☐ nie ☐ áno, komplikácie
- 9) Mám zubnú protézu, zlé či voľné zuby..... ☐ nie ☐ áno
- 10) Nosím kontaktné šošovky..... ☐ nie ☐ áno
- 11) Zle tolerujem ovocie, sladkosti..... ☐ nie ☐ áno
- 12) Zle tolerujem kávu..... ☐ nie ☐ áno
- 13) Zle tolerujem sóju..... ☐ nie ☐ áno
- 14) Mám alergiu ☐ nie ☐ áno, akú
- 15) Netolerujem určité lieky..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
- 16) Mám alebo som prekonal(a) niektoré z nasledujúcich ochorení:
- ☐ Srdca..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Krvného obehu (aj tlaku)..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Ciev..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Pľúc..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Pečene..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Obličiek (aj prostaty)..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Látkovej výmeny (dna, cukrovka)..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Svalov..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Štítnej žľazy..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Kostí, kĺbov, chrčtice..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Neurologické ochorenie..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Psychiatrické ochorenie..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Očí (šedý, zelený zákal)..... ☐ nie ☐ áno, ktorého orgánu.....
 - ☐ Krvácanie, časté modriny..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
- 17) Môj pokrvný príbuzný prekonal:
- ☐ Svalové ochorenie..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Ochorenie krvi..... ☐ nie ☐ áno, ktoré
 - ☐ Príhodu pri narkóze..... ☐ nie ☐ áno, akú.....

V B. Bystrici, dňa.....

Podpis pacienta.....

Názov dokumentu	IS-GYNBB-033 Anesteziologický dotazník+súhlas SK		Číslo verzie/zmeny	02/04
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Jana Mačičáková 25.03.2020		Dátum schválenia / platí od:	01.04.2020/ 06.04.2020
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Lenka Šváčková	Schválil:	STRANA 3 (CELKOM 3) meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	