

***Anesteziologicko-resuscitační oddělení***

***NEMOS SOKOLOV s.r.o.***

***Nemocnice Sokolov***

***Slovenská 545, 356 01 Sokolov***

***telef.: 352 520 154***

**Informovaný souhlas zákonného zástupce s podáním anestezie u dítěte.**

 Vašemu dítěti, jehož jste zákonným zástupcem, bude prováděn výkon, který vyžaduje některý z druhů znecitlivění (anestezie). Anestezii bude provádět odborný lékař - anesteziolog. Bližší informace o anestezii se dozvíte z Vám předaného letáku: „Informace o anestezii“. Vzhledem k tomu, že se bude jednat o anestezii Vašeho dítěte a abychom předešli možným rizikům či komplikacím, je nutná Vaše spolupráce. Žádáme Vás o dodržení těchto pokynů:

 - nejméně 6 hodin před anestézií nesmí dítě jíst ani pít ( předcházíme tím vdechnutí zvratků)

 - kojenci nesmí být kojeni nejméně 4 hodiny před zákrokem

 - nenoste Vašemu dítěti před operací žádné potraviny, sladkosti, žvýkačky

- v případě ambulantního zákroku může být dítě po uplynutí určité doby, po kontrole anesteziologem

 a pod Vaším dohledem odvezeno

 - v případě ambulantního zákroku nesmí být dítě odvedeno, ale musí být o d v e z e n o !

 - doma musí ležet a být pod Vaším dohledem

 V následujícím dotazníku uveďte všechny okolnosti, které se Vám zdají být závažné. V případě, že máte nějaké dotazy, či přejete-li si mluvit s anesteziologem, obraťte se na ošetřující personál.

**Jméno dítěte: .............................................. Rodné číslo: .......................... Zdravotní pojišťovna: ................**

1. Stáří:....................... Váha: .......................... Výška: ...........................

2. Bylo Vaše dítě v posledních 12 měsících v lékařském ošetřování? ano ne

 S jakým onemocněním: ....................................................………………...

 Bylo v posledních 3 měsících očkováno? ano ne

3. Užívá Vaše dítě nějaké léky? ano ne

 O jaké léky se jedná ? ..................................................................................

4. Bylo již někdy operováno? ano ne

 Pro jaké onemocnění bylo operováno a kdy? ...............................................

5. Došlo někdy u pokrevních příbuzných Vašeho dítěte během výkonu

 k nějakým komplikacím? ano ne

6. Dostalo Vaše dítě někdy krevní transfúzi? ano ne

 Jestliže ano, víte o nějakých komplikacích? ano ne

**Trpí vaše dítě některým z následujících onemocnění?**

7. Svalové onemocnění, nebo svalová slabost? ano ne

 Má takové onemocnění někdo z pokrevních příbuzných? ano ne

8. Srdce a krevní oběh:

 - je fyzická výkonnost dítěte nějak omezena? ano ne

 - zmodrá Vaše dítě při velké námaze? ano ne

 - objeví se při námaze dušnost? ano ne

 - víte o nějaké srdeční vadě Vašeho dítěte? ano ne

9. Dýchací systém:

 - trpí Vaše dítě nějakým plicním onemocněním? ano ne

 - trpí častými bronchitidami - záněty průdušek? ano ne

 - mívá někdy stavy dušnosti? (např. pseudokrup v raném dětství)? ano ne

 - má astma? ano ne

10. Játra, ledviny, krvácivost:

 - prodělalo Vaše dítě žloutenku? Pokud ano, tak kdy: .................. ano ne

 - mívá sklon ke zvýšené krvácivosti? ano ne

 - pozorujete častější výskyt modřin? ano ne

 - má Vaše dítě onemocnění ledvin, močových cest, močového měchýře? ano ne

11. Mozek a CNS:

 - trpí Vaše dítě nějakou nervovou chorobou? ano ne

 - mělo někdy křeče při vysoké horečce? ano ne

 - má nějaké křečové onemocnění? ano ne

12. Přecitlivělost:

 - má Vaše dítě sennou rýmu? ano ne

 - pozorovali jste po podání některých léků nebo potravin

 alergickou příhodu? (vyrážka, svědění, otok, bezvědomí) ano ne

 - uveďte blíže okolnosti alergické příhody ..........................................

 a na co je dítě alergické: ...............................................................

13. Poruchy výměny látkové:

 - trpí Vaše dítě cukrovkou? ano ne

 - onemocnění štítné žlázy (nadledvinek)? ano ne

14. Má Vaše dítě nějakou oční chorobu? ano ne

15. Jaký je stav jeho chrupu ( viklavé zuby, vadný skus,

 rovnátka, protézy)?...............................................

16. Trpí Vaše dítě častějšími záněty mandlí, angínami? ano ne

17. Má nějaké onemocnění uší? ano ne

18. Ostatní zvláštnosti či onemocnění: ......................................................................

**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE.**

**1.** Já, ..................................................................., nar. ........................, RČ .................................., jakožto zákonný zástupce

pacienta ........................................................, nar. ....................., RČ ................................., žádám o anestezii k plánovanému

léčebnému/diagnostickému výkonu ............................................................., s jehož charakterem a rozsahem jsem byl

seznámen lékařem MUDr ................................................................., na jehož ....................................odd. bude výkon

prováděn.

**2.** Potvrzuji, že odborný anesteziolog MUDr .................................................. mne informoval o možnostech anestezie pro uvedený výkon a byl(a) jsem seznámen(a) s typem anestezie, která bude poskytnuta a souhlasím s ním.

**3.** Byl(a) jsem informován(a) , že bez ohledu na použitý typ anestezie může dojít v bezprostředním období po anestezii k obtížím přechodného rázu (např. k nevolnosti a zvracení, bolestem hlavy, bolestem v krku).

**4.** Byl(a) jsem informován(a), že léky či jiné látky, které dítě užívá, mohou ovlivnit průběh anestezie a že je v zájmu dítěte informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.

**5.** Byl(a) jsem informován(a), že v případě neúčinnosti zvoleného typu anestezie v porovnání s navrženým typem anestezie nebo při změně postupu nebo rozsahu operace ze strany operatéra vyžadující změnu postupu anesteziologa, bude provedena změna typu anestezie a s tímto souhlasím.

**6.** Byl(a) jsem informován(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat změnu postupu anesteziologa v porovnání s navrženým typem anestezie. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.

**7.** Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních přípravků, jestliže během výkonu nebo bezprostředně po něm vznikne důvod k jejich podání. Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že ve velmi vyjímečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních přípravků (např.horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).

**8.** Byl(a) jsem seznámen(a) s možností vzniku vzácně a vyjímečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.

**9.** Tento dokument je součástí zdravotní dokumentace dítěte vážící se k výše uvedenému výkonu.

 Byl/a/ jsem informován/a/ o plánovaném způsobu znecitlivění (anestézie) svého dítěte i o komplikacích, které mohou nastat v souvislosti s anestezií. Rovněž mi bylo doporučeno, jak se má dítě chovat před operací a po operaci s přihlédnutím k použité anestézii. Výše uvedeným informacím jsem porozuměl/a/ a s navrženým způsobem znecitlivění ( anestézie) svého dítěte a uvedenými podmínkami souhlasím.

V Sokolově, dne: .......................... Podpis rodičů: ...........................................

Podpis lékaře: ............................................