PACIENTO VARDAS IR PAVARDĖ .....**GIMIMO DATA**.....

PACIENTO ŪGIS/SVORIS .....

Anestezijos esmė, pobūdis, tikslas: tai procedūra, kurios metu vaistais sukeliamas laikinas centrinės nervų sistemos slopinimas. Ši procedūra atliekama, norint medikamentų pagalba nuslopinti paciento sąmonę, jį nuraminti, atpalaiduoti, užmigdyti procedūros metu. Anestezija gali būti kelių rūšių – vietinė, regioninė ir bendroji. Vietinės anestezijos metu anestetikas sušvirkščiamas po oda, siekiant sumažinti skausmingumą ir diskomfortą procedūros metu. Regioninės nejautros metu naudojant anestetiką nuskausminama konkreti zona, anestetikas suleidžiamas apie didesnius nervus ar stuburo smegenis. Bendrosios (intraveninės) anestezijos atveju vaistai visos nejautros metu švirkščiami į veną pro specialų kateterį. Pacientas užmiega per 1 min ir nieko nebejaučia, vėliau, t. y. procedūros metu vaistai tiekiami dujų pavidalu į plaučius pro kaukę ar specialių vamzdelį.

Procedūrą atliekančio gyd. anesteziologo – reanimatologo, vardas, pavardė:

.....

Koks nuskausminimas atliekamas?

☐ Vietinė ☐ Regioninė ☐ Bendroji

Anestezijai atlikti naudojamo medikamento pavadinimas ir dozė:

.....

Ar turite alergiją medikamentams? .....

Jei atsakėte „Taip“, prašome nurodyti, kokiems medikamentams:

.....

KLAUSIMYNAS KURĮ TURITE UŽPILDYTI

	Taip	Ne	Nežinau
1. Ar ką nors valgėte ar gėrėte per paskutines 8 valandas			
2. Ar anksčiau turėjote operacijų?			
3. Ar vyksite namo vienas?			
4. Ar kas nors bus su jumis po procedūros namuose?			
5. Ar jūs ar kas nors jūsų šeimoje kada nors turėjo problemų dėl bendrinės anestezijos?			
6. Ar jūs neperšalęs, ar nekosite?			
7. Ar sirgote rimtomis ligomis praeityje?			
8. Ar nesergate kokia nors širdies liga?			
9. Ar neturite padidinto AKS?			
10. Ar jaučiate skausmą krūtinėje ar dusulį fizinio krūvio metu ar naktį?			
11. Ar sergate astma ar bronchitu?			
12. Ar rūkote? Ar gausiai vartojate alkoholį?			
13. Ar sergate epilepsija?			
14. Ar sergate cukriniu diabetu?			
15. Ar nėra mažakraujystės, lengvai atsirandančių mėlynių ar netikėtų kraujavimų?			
16. Ar sirgote kepenų ligomis ar gelta?			
17. Ar nesate alergiškas?			

18. Ar vartojate kokius nors vaistus?			
19. Ar turite dantų protezus, implantuotų dantų?			
20. Ar nešiojate kontaktinius lęšius?			
21. Ar nesate nėščia?			

Pasirašydamas šį dokumentą, patvirtinu, kad Įstaigoje dirbantis specialistas man suprantamai paaiškino:

- apie numatomos atlikti procedūros esmę, ypatumus, pobūdį ir tikslus;
- atsakė į visus mano klausimus, susijusius su procedūra, informavo apie žinomas ir galimas komplikacijas, kitas svarbias aplinkybes įvertinus mano sveikatos būklę, kurios gali turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti procedūros;
- apie galimas pasekmes, jei procedūra nebūtų atlikta;
- kad anestezijai atlikti ir saugumui užtikrinti bus leidžiami medikamentai ir atliekamos kitos procedūros, venos kateterizavimas, prireikus - specialios kaukės ar vamzdelio įkišimas į kvėpavimo takus;
- sutinku, kad tuo atveju, kai procedūros metu, man esant be sąmonės ar negalint išreikšti valios, paaiškėja nenumatytos ligos diagnozės, dariniai ar komplikacijos procedūrą atliekantis asmens sveikatos priežiūros specialistas savo nuožiūra gali atlikti papildomus veiksmus tikslesniam diagnozės nustatymui ar mano gyvybei gelbėti.

Žinomos ir dažnai pasitaikančios komplikacijos: pykinimas, vėmimas, šaltkrėtis, vangumas laikinas atminties praradimas, gerklės skausmas, laikinas mirguliavimas akyse, galvos skausmas. Taip pat galimas skausmas, patinimas, paraudimas, hematoma injekcijų vietose bei individuali, netipinė paciento organizmo reakcija į skirtus medikamentus, širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo, nervų sistemų sutrikimai.

Retai pasitaikančios komplikacijas: ūmi alergija į vaistus, raumenų skausmai, sulėtėję kvėpavimas, šlapimo pūslės sutrikimai, burnos, dantų liežuvio pažeidimai.

Itin reta komplikacija – staigi mirtis dėl anestezijos.

Galimos komplikacijos konkrečiam pacientui, įvertinus sveikatos būklę:

.....

Gavęs (-usi) aukščiau minėtą informaciją, sutinku/nesutinku dėl procedūros atlikimo:

☐ **SUTINKU** ☐ **NESUTINKU**

☐ **Taip pat šiuo sutikimu patvirtinu, jog esu susipažinęs su „Ką pacientui būtina žinoti apie anesteziją“**

Jei anketą užpildėte už pacientą, t. y. atstovavote pacientą bei veikėte jo vardu ir interesais, prašome nurodyti atstovavimo pagrindą bei pateikti tai patvirtinantį dokumentą: .....

(pasirašančiojo asmens vardas, pavardė) **(data)** **(laikas)** **(parašas)**

(įstaigos darbuotojo pareigos, asmens vardas, pavardė) **(data)** **(laikas)** **(parašas)**