

## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

|                                                                                             |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| PESEL                                                                                       | <input type="text"/>     | Data urodzenia:..... nr ks.gł. .... |
| Imię                                                                                        |                          |                                     |
| Nazwisko                                                                                    |                          |                                     |
| <b>Dane osób uprawnionych do wyrażenia zgody: opiekun prawny / przedstawiciel ustawowy*</b> |                          |                                     |
| Imię                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Matka*                              |
| Nazwisko                                                                                    |                          |                                     |
| PESEL                                                                                       | <input type="text"/>     | Data urodzenia:.....                |
| Imię                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Ojciec*                             |
| Nazwisko                                                                                    |                          |                                     |
| PESEL                                                                                       | <input type="text"/>     | Data urodzenia:.....                |

## Wypełnia lekarz:

|                                  |                                        |                                |                                         |
|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| Rozpoznanie przedoperacyjne      |                                        |                                |                                         |
| Rodzaj zabiegu                   |                                        |                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> planowy | <input type="checkbox"/> przyspieszony | <input type="checkbox"/> pilny | <input type="checkbox"/> natychmiastowy |

## I. INFORMACJA DLA PACJENTA

Przekazany Panu/Pani „Formularz świadomej zgody na wykonanie znieczulenia” to dokument zawierający podstawowe informacje dotyczące różnych metod znieczulenia do zabiegów operacyjnych i związanych z nimi powikłań. Jest to również dokument zawierający podstawowe informacje określające sposób przygotowania do znieczulenia.

Po przeczytaniu formularza prosimy o podpisanie jego przez osoby uprawnione (opiekun prawny/ustawowy) w miejscach wyznaczonych jako potwierdzenie zapoznania się z jego treścią i wyrażeniem zgody. Jeżeli dziecko ukończyło 16 rok życia, niezbędna będzie również jego zgoda i podpis na formularzu.

Podczas przedoperacyjnej rozmowy z anestezjologiem będzie miał Pan/miała Pani możliwość zadawania dodatkowych pytań, jeżeli takie pojawią się po zapoznaniu się z niniejszym dokumentem.

Rzetelne wypełnienie ankiety pozwoli na zredukowanie ryzyka powikłań związanych ze znieczuleniem Państwa dziecka.

## II. ZNIECZULENIE OGÓLNE

Znieczulenie ogólne stosowane w trakcie operacji polega na czasowym, kontrolowanym, odwracalnym zniesieniu przytomności i odczuwania bólu. Stan ten uzyskuje się za pomocą leków, które anestezjolodzy podają dożylnie i/lub w postaci wziewnej. W trakcie przeprowadzanych znieczuleń ogólnych pacjent śpi, nie porusza się oraz nie oddycha samodzielnie a oddech zapewniony jest przez maszynę do znieczulenia.

Przygotowując się do operacji i znieczulenia ogólnego dziecko powinno powstrzymać się na minimum sześć godzin przed znieczuleniem, od spożywania pokarmów stałych i na dwie godziny przed znieczuleniem, od picia płynów pod postacią wody, herbaty, klarownego soku jabłkowego w niewielkich ilościach oraz żucia

gumy balonowej. Picie wszystkich innych płynów jest przeciwwskazane na sześć godzin przed znieczuleniem ogólnym. W przypadku dzieci karmionych piersią, przerwa od ostatniego karmienia do znieczulenia wynosi cztery godziny. Jeżeli zabieg jest w trybie natychmiastowym lub pilnym, prosimy nie podawać dziecku pokarmów oraz napoi od chwili informacji o planowanej operacji.

Po przybyciu na salę operacyjną do Państwa dziecka zostanie podłączony sprzęt monitorujący ciśnienie krwi (mankiet na ramię), pracę serca (elektrody przyklejone na klatkę piersiową) i wysycenie krwi tlenem (pulsoksymetr na palec lub ucho). Jeśli wcześniej tego nie wykonano, założone zostanie wkłucie do żyły, przez które będą podawane leki oraz płyny. W zależności od wybranej metody rozpoczęcia znieczulenia pacjent otrzyma leki dożylnie albo wziewnie za pomocą maski szczelnie przyłożonej do twarzy. Celem zmniejszenia dawek leków, skrócenia okresu budzenia po znieczuleniu oraz kontroli dolegliwości bólowych w okresie pooperacyjnym anestezjolog łączy ze sobą techniki znieczulenia ogólnego ze znieczuleniem regionalnym. Jeżeli taki sposób postępowania będzie wskazany w przypadku Pana/Pani dziecka anestezjolog Państwa o tym poinformuje, przedstawi rodzaje znieczulenia regionalnego i poprosi o wyrażenie na nie świadomej zgody. Po zaśnięciu, do dróg oddechowych pacjenta założona będzie odpowiednia rurka intubacyjna lub maska krtaniowa w celu zapewnienia ich drożności i bezpiecznej wentylacji (oddychania) w trakcie operacji. W uzasadnionych przypadkach monitorowany będzie poziom blokady nerwowo-mięśniowej oraz głębokość znieczulenia Pana/Pani dziecka.

Na ryzyko związane ze znieczuleniem wpływa wiele czynników zależnych od stanu zdrowia dziecka (wydolność fizyczna, waga, wiek, zażywane leki, choroby serca, płuc, nerek, wątroby) oraz zakres i pilność wykonywania operacji. Z tego powodu niezbędna jest ocena stanu zdrowia dziecka przez lekarza anestezjologa w trakcie wizyty przedoperacyjnej. Ponieważ postępowanie anestezjologa jest szczególnie skupione na uniknięciu lub leczeniu ewentualnych nieprzewidzianych zdarzeń w trakcie operacji, przez czas trwania całej procedury stan zdrowia Pana/Pani dziecka będzie stale monitorowany. Niejednokrotnie celem rozszerzenia monitorowania, zapewnienia większego bezpieczeństwa szczególnie u pacjentów z licznymi chorobami dodatkowymi i/lub podczas długotrwałych, skomplikowanych operacji anestezjolog podejmuje decyzje o wykonaniu dodatkowych czynności, takich jak:

- a) cewnikowanie dużych naczyń tętniczych i żylnych
- b) założenie sondy do żołądka
- c) założenie cewnika do pęcherza moczowego.
- d) przetaczanie krwi lub jej preparatów

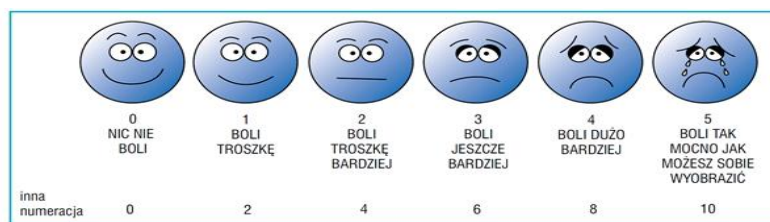
Jeżeli takie postępowanie będzie przewidziane w przypadku Państwa dziecka zostanie Pan/Pani o tym poinformowany w trakcie wizyty przedoperacyjnej.

Po zakończeniu operacji lekarz anestezjolog wstrzymuje podawanie leków i przetransportuje Pana/Pani dziecko na Salę Nadzoru Poznieczuleniowego (SNP), gdzie po pewnym czasie nastąpi u Państwa dziecka powrót świadomości i wybudzenie. Jeżeli anestezjolog w porozumieniu z chirurgiem podejmą decyzję o konieczności monitorowania stanu zdrowia dziecka na Oddziale Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego lub Oddziale Intensywnej Terapii, zostaniecie Państwo o tym wcześniej poinformowani. O planowanym miejscu pobytu dziecka po operacji zostaniecie Państwo poinformowani podczas wizyty przedoperacyjnej. Celem zapewnienia komfortu i poczucia bezpieczeństwa dziecka po operacji na SNP będzie mógł przebywać jeden z rodziców/opiekunów. Ponieważ SNP znajduje się w obrębie bloku operacyjnego, rodzic/opiekun będzie musiał dostosować się do poleceń personelu w kwestii ubioru i poziomu opieki nad dzieckiem.

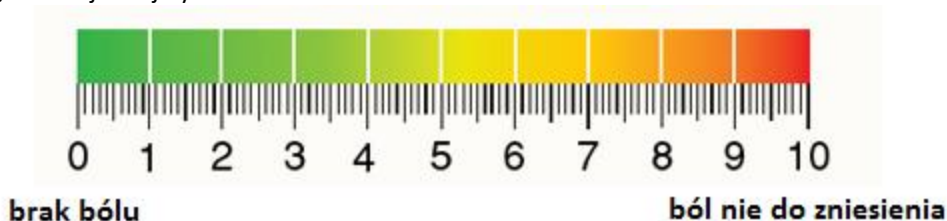
Po operacji Państwa dziecko będzie miało kontynuowaną terapię przeciwbólową. Dolegliwości bólowe będą zależały od rodzaju operacji, ale też w dużym stopniu od indywidualnych uwarunkowań pacjenta. Aby leczenie było skuteczne musi być monitorowane, dlatego personel oddziału będzie regularnie oceniał nasilenie dolegliwości bólowych Państwa dziecka. Sposób oceny zostanie dostosowany do jego wieku. U dzieci, które jeszcze nie potrafią określić nasilenia dolegliwości oceniane będzie ich zachowanie według

skali FLACC (wyraz twarzy dziecka, ułożenie jego nóg, aktywność, płacz oraz możliwość ukojenia). U dzieci starszych do określania natężenia bólu będą wykorzystywane proste skale takie jak:

- **skala bólu czytana z twarzy (FPSR)**, przy pomocy której dziecko wskaże twarz, która pokazuje jak bardzo je boli w chwili oceny



- **skala numeryczna (NRS)**, w której natężenie bólu określa się w 11-stopniowej skali, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 najsilniejszy ból.



Ponieważ największe nasilenie dolegliwości bólowych występuje po zabiegu, leki przeciwbólowe są początkowo podawane regularnie drogą dożylną. Aby uzyskać jak najlepszy efekt przeciwbólowy, stosuje się leki o różnym mechanizmie działania oraz metody znieczulenia regionalnego (blokady nerwów, splotów lub blokady centralne). Pomimo tego, że stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych wiąże się z działaniami niepożądanymi, to po dużych zabiegach ich użycie może być konieczne. Wcześniej rozpoczęta rehabilitacja oddechowa oraz ruchowa zmniejszy ryzyko powikłań oraz pozwoli na szybszy wypis ze szpitala.

Pomimo starań anestezjologa znieczulenie ogólne może wiązać się z licznymi powikłaniami:

- występujące często (1/10 przypadków): nudności i wymioty, chrypka i ból gardła, osłabienie i zawroty głowy, uszkodzenie śluzówki jamy ustnej podczas udrażniania dróg oddechowych, dreszcze, problemy z oddawaniem moczu
- występujące rzadko (1/10 tysięcy przypadków): uszkodzenie zębów, uszkodzenie rogówki oka, uszkodzenie nerwu spowodowanego uciskiem podczas długotrwałego leżenia, pozanaczyniowe podanie leku, zachłyśnięcie treścią pokarmową, śródoperacyjny powrót świadomości
- występujące bardzo rzadko (1/100 tysięcy przypadków): poważna reakcja uczuleniowa, zawał serca, udar mózgu, zatorowość płucna, zespół genetycznie uwarunkowanej hipertermii złośliwej i śmierć wynikająca wyłącznie ze znieczulenia (1/200 tysięcy przypadków lub rzadziej), **niemniej jednak proponowana przez anestezjologa procedura znieczulenia ogólnego to postępowanie okołooperacyjne, dla którego nie ma alternatywnego działania.**

W przypadku wystąpienia powikłania anestezjolog wdraża podczas zabiegu i znieczulenia wszystkie dostępne procedury związane z intensywną terapią.

### III. ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Celem określenia optymalnego postępowania anestezjologicznego prosimy o sumienne wypełnienie poniższej ankiety. Jeśli posiada Pan/Pani informacje nie zawarte w ankiecie, które mogłyby mieć wpływ na przebieg operacji lub znieczulenia prosimy o ich przedstawienie.

Podane w ankiecie dane objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską.

|                                                                                                      |                                                                           |                              |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Dane pacjenta (dziecka):                                                                             |                                                                           |                              |                              |
| Wiek [lat]                                                                                           | Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna | Wzrost [cm]                  | Waga [kg]                    |
| Czy dziecko urodziło się o czasie ?                                                                  |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko było leczone w ciągu ostatnich 6 miesięcy ?                                              |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to z powodu jakiej choroby:                                                              |                                                                           |                              |                              |
| Czy w ostatnich 2 tygodniach dziecko przyjmowało antybiotyki?                                        |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie i kiedy:                                                                        |                                                                           |                              |                              |
| Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich 3 miesięcy?                                            |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie to było szczepienie:                                                            |                                                                           |                              |                              |
|                                                                                                      |                                                                           |                              |                              |
| Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza specjalisty lub poradni specjalistycznej ?                 |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK to jakiego:                                                                               |                                                                           |                              |                              |
| Czy obecnie dziecko przyjmuje leki ?                                                                 |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie:                                                                                |                                                                           |                              |                              |
| Czy dziecko zażywało preparaty ziołowe w ostatnich dniach lub tygodniach?                            |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK to jakie:                                                                                 |                                                                           |                              |                              |
| Czy dziecko było wcześniej hospitalizowane ?                                                         |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli TAK, proszę podać w jakim szpitalu i z jakiego powodu:                                         |                                                                           |                              |                              |
| Czy dziecko było wcześniej operowane?                                                                |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli TAK, proszę podać rodzaj / powód operacji i rok w którym została przeprowadzona:               |                                                                           |                              |                              |
| Czy w trakcie znieczulenia lub bezpośrednio po nim obserwowano u dziecka jakieś szczególne reakcje ? |                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy wystąpiły jakieś powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia?                                  |                                                                           |                              |                              |
| Jeśli TAK, to jakie?                                                                                 |                                                                           |                              |                              |

|                                                                                                                                                                       |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Czy u członków najbliższej rodziny (krewnych), w trakcie znieczulenia, wystąpiło coś szczególnego lub doszło w związku ze znieczuleniem do niewyjaśnionych powikłań ? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli TAK, to proszę opisać zdarzenie:                                                                                                                                |                              |                              |
| Czy dziecko miało przetaczaną krew lub jej składniki ?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi lub jej składników ?                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli TAK, to jakie:                                                                                                                                                  |                              |                              |
| Czy dziecko ma wzmożoną skłonność do krwawień i siniaków?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko jest na coś uczulone? (np. leki lub inne substancje tj. pokarmy, pyłki, inne)?                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie i jakie objawy towarzyszą uczuleniu:                                                                                                             |                              |                              |
| Czy dziecko choruje na schorzenie mięśni lub osłabienie mięśni?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko łatwo się męczy, sinieje podczas zabawy, biegania?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy u dziecka występowały drgawki ?                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy zdarzyła się utrata przytomności, zasłabnięcie lub inne incydenty?                                                                                                | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy ma wadę serca lub inne choroby związane (np. nadciśnienie, zaburzenia rytmu itp.) ?                                                                               | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie i jakie:                                                                                                                                         |                              |                              |
| Czy dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli ?                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko chorowało na astmę, gruźlicę lub inne choroby płuc?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko chorowało na żółtaczkę zakaźną?                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko chorowało na choroby nerek lub dróg moczowych?                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko choruje na cukrzycę ?                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko ma schorzenia tarczycy, nadnerczy ?                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie i jakie:                                                                                                                                         |                              |                              |
| Czy dziecko choruje na chorobę oczu ? Czy ma jakąś wadę wzroku ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie i jakie:                                                                                                                                         |                              |                              |
| Czy dziecko ma uszkodzone zęby ? (np. ruszające się, aparat zębowy, próchnicę itp.)                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie i jakie:                                                                                                                                         |                              |                              |

|                                                                                                    |                              |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Czy dziecko choruje na choroby neurologiczne ? (np. padaczka, niedowład porażenie)                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy domownicy palą papierosy w obecności dziecka ?                                                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy dziecko pali papierosy?                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, ile i od kiedy:                                                                        |                              |                              |
| Czy dziecko pije alkohol?                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK to ile i jak często:                                                                    |                              |                              |
| Kiedy dziecko jadło ostatni posiłek? :<br>W przypadku zabiegów w trybie pilnym lub natychmiastowym |                              |                              |
| Kiedy dziecko wypilo ostatni płyn? :<br>W przypadku zabiegów w trybie pilnym lub natychmiastowym   |                              |                              |
| Jaki to był płyn i w jakiej ilości? :                                                              |                              |                              |

**INNE INFORMACJE:**

.....

.....

.....

**IV. OCENA ANESTEZJOLOGICZNA I KWALIFIKACJA - WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG**

|                  |                                         |
|------------------|-----------------------------------------|
| Układ oddechowy: | <input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń |
| Uwagi:           |                                         |
| Układ krążenia:  | <input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń |
| AS:              | RR:                                     |
| Uwagi:           |                                         |
| Ruchomość szyi:  | <input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń |
| Uwagi:           |                                         |
| ASA:             | Skala Mallampati:                       |

☐ kwalifikuję                      ☐ kwalifikuję warunkowo                      ☐ nie kwalifikuję  
do znieczulenia.

Uwagi/zalecenia:.....

.....

\_\_\_\_\_

*Data*

\_\_\_\_\_

*pieczęć i podpis lekarza*

*W przypadku zakwalifikowania Pacjenta do znieczulenia ogólnego przejdź do punktu VI.*

*W przypadku braku kwalifikacji do znieczulenia na kolejnej wizycie premedykacyjnej wypełnij punkt VI i kolejne*

**V. REKONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA****Po ocenie:**

☐ kwalifikuję                      ☐ kwalifikuję warunkowo                      ☐ nie kwalifikuję  
do znieczulenia.

\_\_\_\_\_

*Data*

\_\_\_\_\_

*pieczęć i podpis lekarza*

**VI. PROPONOWANA PREMEDIKACJA (konieczność przepisania do karty zleceń lekarskich):**

| Data | Godzina | Lek | Droga podania                                                                      |
|------|---------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|
|      |         |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• po</li> <li>• im</li> <li>• iv</li> </ul> |

Uwagi/zalecenia:.....  
 .....  
 .....

**Zalecane procedury dodatkowe w trakcie znieczulenia:**

|                                                                  |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cewnikowanie naczynia tętniczego        | <input type="checkbox"/> Cewnikowanie centralnego naczynia żylnego |
| <input type="checkbox"/> Założenie cewnika do pęcherza moczowego | <input type="checkbox"/> Przetaczanie krwi i jej składników        |
| <input type="checkbox"/> Założenie sondy do żołądka              | <input type="checkbox"/> Założenie cewnika do pęcherza             |

INNE:  
 .....

Kwalifikacja do dalszego leczenia w OINP: ☐ TAK ☐ NIE

\_\_\_\_\_  
 Data

\_\_\_\_\_  
 pieczęć i podpis lekarza

**VII. OŚWIADCZENIE PACJENTA****CZĘŚĆ A**

Pacjent,.....

Imię i nazwisko pacjenta, PESEL lub data urodzenia

lub w imieniu pacjenta małoletniego, ja jako osoba uprawniona (opiekun prawny/ustawowy) do wyrażenia zgody oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią niniejszego formularza i świadomy/świadoma zagrożeń związanych ze znieczuleniem, dobrowolnie

☐ WYRAŻAM ZGODĘ\*

☐ NIE WYRAŻAM ZGODY\*

na przeprowadzenie proponowanego znieczulenia u dziecka.

Jednocześnie

☐ WYRAŻAM ZGODĘ\*

☐ NIE WYRAŻAM ZGODY\*

na ewentualną, uzasadnioną zmianę zakresu postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią formularza, w rozmowie z anestezjologiem, mogłem/mogłam zadać pytania i uzyskałem/uzyskałam na nie zrozumiałe, wyczerpujące odpowiedzi.

.....  
 data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat

.....  
 data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

.....  
 data, pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę

W przypadku braku zgody na proponowane znieczulenie - uzasadnienie przez pacjenta/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego rodzaju znieczulenia:  
 .....  
 .....

**Jeżeli to będzie uzasadnione**☐ WYRAŻAM ZGODĘ\*☐ NIE WYRAŻAM ZGODY\*

na proponowany dziecku zakres monitorowania okołoperacyjnego oraz na zalecane procedury medyczne, przetoczenie krwi i jej składników i ewentualne wdrożenie procedur podtrzymujących funkcje narządów w czasie operacji i całej hospitalizacji.

Jeżeli w okresie pooperacyjnym nie będę w stanie wyrazić świadomej zgody na proponowane procedury medyczne

☐ WYRAŻAM ZGODĘ\*☐ NIE WYRAŻAM ZGODY\*

na znieczulenie do badań diagnostycznych i ewentualnych zabiegów w okresie po operacji, które będą niezbędne w opinii leczącego zespołu lekarskiego.

.....  
data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat

.....  
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

.....  
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę

**Potwierdzam, że zostałem/zostałam poinformowana o możliwości wystąpienia powikłań w czasie trwania znieczulenia i zabiegu operacyjnego oraz w okresie pooperacyjnym.**

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania **nie zataiłem/ nie zataiłam** istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób dziecka.

.....  
data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat

.....  
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

.....  
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę

**CZĘŚĆ B****ZGODA PACJENTA/ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA  
NA MONITORING WIZYJNY**

Zgoda na monitorowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych za pomocą urządzeń wizyjnych w salach operacyjnych i zabiegowych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz transmisję obrazu z pomieszczenia w czasie rzeczywistym do osób nadzorujących optymalizację procedur medycznych operacyjnych/zabiegowych.

☐ WYRAŻAM ZGODĘ\*☐ NIE WYRAŻAM ZGODY\*☐ BRAK MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA ZGODY

.....  
data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat

.....  
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę

**\* właściwe zakreślić**