

Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) dětského pacienta s podáním anestézie

Jméno a příjmení dítěte:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu dítěte: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu zákonného zástupce (opatrovníka):	

Název výkonu:

Celková anestézie

Místní znecitlivění

Účel výkonu

Odborný lékař – anesteziolog Vašemu dítěti po dobu chirurgického operačního výkonu nebo bolestivého vyšetření zajistí celkové nebo místní znecitlivění.

Povaha výkonu

Celková anestézie (narkóza) je přechodně navozený stav bezvědomí a sníženého nebo zcela vymizelého vnímání bolesti, který vzniká po podání léků, které Vašemu dítěti aplikuje anesteziolog a anesteziologická sestra infuzí nebo do směsi, kterou bude vdechovat.

K chirurgickému výkonu je nutné i zajistit vyřazení svalové síly podáním léků – relaxancií, tím dojde k omezení spontánní dechové aktivity, kterou musí anesteziolog zajistit pomocí přístroje. Z důvodu připojení k dýchacímu přístroji musí být dýchací cesty Vašemu dítěti zajištěny obličejovou maskou, endotracheální rourkou nebo laryngeální maskou. V indikovaných případech (rizikový pacient, náročný operační výkon, je nutné zajištění přístupu do tepny, dále zajištění močových cest močovou cévkou nebo zajištění vstupu do centrální žíly na krku nebo pod klíční kostí. O těchto možnostech Vás bude anesteziolog podrobně informovat při osobním rozhovoru.

Místní znecitlivění (umrtvení) zajistí bezbolestný průběh operačního výkonu při lehkém spánku. K tomuto typu znecitlivění patří i techniky, při kterých je lokální anestetikum aplikováno jehlou do oblasti zad. Tento typ znecitlivění se odborně nazývá epidurální nebo spinální svodná anestézie. K provedení epidurální nebo spinální analgezie bude Vaše dítě nejprve uvedeno do celkové anestézie. K aplikaci léku používáme speciální jehlu, kterou zavádíme do oblasti páteře. Po dosažení epidurálního prostoru jehlou zasune lékař do prostoru průsvitem jehly jemnou hadičku (epidurální katetr), kterou posléze podává kontinuálně kombinaci léků určenou k pokračujícímu znecitlivění. Lék lze aplikovat i jednorázově bez zavedení hadičky. Délka znecitlivění výrazně přesahuje délku operačního výkonu a přetrvává i v pooperačním období.

Alternativa výkonu

Podání celkové nebo lokální anestézie při operačním výkonu nemá alternativu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Obecná rizika spojená s podáním celkové anestézie:

• pocit malátnosti; • spavost; • nesoustředěnost; • nevolnost až zvracení; • zpomalení srdečního rytmu – srdeční zástava; • pokles krevního tlaku; • anafylaktická nebo alergická reakce na podané léky; • vdechnutí žaludečního obsahu s komplikacemi (bronchopneumonie, šoková plíce); • plicní embolie; • vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny při zajišťování centrálního žilního katétru.

Rizika a komplikace spojené se zajištěním dýchacích cest:

• bolesti v krku; • krvácení do dýchacích cest; • poškození hlasivek; • poškození horním částí krční páteře s následným omezením hybnosti; • laryngospasmus (reflexní stažení horních dýchacích cest); • zajištění alternativního vstupu do dýchacích cest (tracheostomie) při nemožnosti intubace; • stenóza trachey (zúžení dýchacích trubice); • poškození nebo vylomení zubů (zejména v případech jejich již původně špatného stavu).

Rizika spojená s nervovou blokadou

• motorický neklid; • svalový třes • svalové křeče; • porucha vědomí; • vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (pneumotorax); • obrna bráničního nervu; • alergická reakce na podané anestetikum; • poškození nervu; • nepoznaná aplikace anestetika do cévního systému; • pokles krevního tlaku; • prodloužené poruchy čití v inervované oblasti; • centrální útlum dýchání; • úmrtí.

Rizika spojená se svodnými anesteziologickými technikami (epidurální a spinální anestézie) alergická nebo toxická reakce na podané anestetikum s projevy

• chuťových změn na jazyku a v ústech; • svalovými záškuby; • poruchou vědomí se svalovými křečemi; • zástavou dýchání

pokles krevního tlaku s projevy

• pocit malátnosti; • pocit spavosti; • nevolnost; • zvracení

neurologické potíže

• bolestivé podráždění míšního nervu v oblasti vpichu (s projevem prudké, vteřinové bolesti směřující do jedné dolní končetiny); • bolesti zad; • mravenčení v oblasti konečnicku a hráze; • svědění kůže; • přechodná porucha hybnosti dolních končetin; • hematoma v místě vpichu; • výrazné bolesti hlavy po spinální anestezii; • přechodná porucha vyprazdňování močového měchýře.

Možné komplikace v důsledku podání krve a krevních derivátů:

• přenos infekční choroby (hepatitidy typu A, B, C, přenos AIDS); • vytvoření autoprotilátek (aloimunizace); • hemolytická reakce (rozpad aplikovaných krvinek po transfuzi jiné krevní skupiny); • horečka; • alergická reakce, selhání ledvin

Výše uvedené reakce mohou být provázeny celkovými příznaky:

• pokles krevního tlaku; • zrychlení tepu; • pocení, bledost; • třesavka; • zvracení; • průjem; • kopřivka; • bolest hlavy; • dušnost.

Následky výkonu

Celková ani lokální anestézie nemá žádné plánované následky.

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme Vaše dotazy.

Nyní si podrobně přečtete následující body, a pokud jim rozumíte a souhlasíte s nimi, podepište níže uvedené prohlášení zákonného zástupce (opatrovníka).

Souhlas zákonného zástupce (opatrovníka):

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	AN	NE
1. Souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný léčebný (diagnostický) výkon u dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).		<input checked="" type="radio"/>	
2. Souhlasím s navrženým typem anestézie, která bude dítěti podána a se kterou jsem byl(a) seznámen(a).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o nutnosti nejíst a nepít před anestézií. O délce lačnění a možných komplikacích bude informovat anesteziolog.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) že s podáním anestézie souvisí obecná rizika a následky, které mohou být ovlivněny druhem operace, délkou operačního výkonu, stářím pacienta a typem přidruženého onemocnění. S anestézií souvisí i možnost smrtelných komplikací, které se pohybují kolem 0.5-0,9 úmrtí na 10 000 anestézií.		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že léky, které dítě užívá, mohou ovlivnit účinek látek použitých během anestézie a chirurgického výkonu (např. pokles krevního tlaku, krvácení), proto o nich musím před plánovaným operačním výkonem informovat lékaře.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že během anestézie může dojít k závažným komplikacím (alergická reakce, oběhové selhání, dechová nedostatečnost, infekční komplikace), které si vyžadají překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře k provedení všech postupů, které povedou k záchraně zdraví a života dítěte.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Souhlasím s podáním krve nebo látek připravených z krve (krevních derivátů) pokud vznikne v průběhu anestézie a operačního výkonu důvod k jejich podání. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o možných komplikacích v důsledku podání krve a krevních derivátů.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zde uveďte svoje výhrady a připomínky:

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
Byl(a) jsem srozumitelně seznámen(a) s postupem při podání anestézie osobě, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem). Byl(a) jsem informována o tom, jak bude zákrok prováděn, byla mi vysvětlena všechna možná rizika a komplikace, která mohou nastat při provádění výkonu či po něm. Byl(a) jsem informována o prospěchu výkonu na zdravotní stav osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) a následném léčebném režimu. Všem těmto informacím jsem porozuměl(a).	ANO	NE
Lékař, který mi poskytl potřebné informace, mně osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl.		
Informacím/údajům jsem plně porozuměl(a) a souhlasím s navrhovaným typem anestézie u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).		
V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.		
Současně prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), které by mohly nepříznivě ovlivnit jeho léčbu či ohrozit jeho okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.		
<u>Zde uveďte svoje výhrady a připomínky:</u>		

Datum:	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

Jméno a příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci

Dotazník pro rodiče dítěte

Vážení rodiče,

Aby rizika spojená s podáním anestezie byla co nejmenší, žádáme Vás o odpověď na otázky, které jsou uvedeny v tomto anesteziologickém dotazníku. Svou pravdivou odpovědí přispějete ke zvýšení bezpečnosti Vašeho dítěte v průběhu anestézie.

Výška dítěte:	Hmotnost dítěte:
1. Bylo Vaše dítě v posledních 12 měsících v lékařské péči?	ANO NE
2. Pro jaká onemocnění?	
3. Užívá pravidelně léky?	ANO NE
Jaké?	
4. Bylo Vaše dítě v posledních třech měsících očkováno?	ANO NE
Proti čemu?	
5. Mělo Vaše dítě vážný úraz?	ANO NE
Jaký?	

6. Bylo již Vaše dítě operováno?	ANO	NE
Kdy? Proč?		
7. Proběhla „narkóza“ bez komplikací?	ANO	NE
Pokud byly komplikace, jaké?		
8. Objevily se u příbuzných Vašeho dítěte komplikace při podání „narkózy“?	ANO	NE
Jaké?		
9. Dostalo Vaše dítě krevní transfuzi?	ANO	NE
Pokud mělo komplikaci, jakou?		
10. Trpí Vaše dítě onemocněním svalů nebo svalovou slabostí?	ANO	NE
11. Má Vaše dítě nějaké potíže se srdcem nebo krevním oběhem?	ANO	NE
- Pokud ano, je často unavené?	ANO	NE
- Při námaze změni barvu kůže?	ANO	NE
- Při námaze se zadýchává?	ANO	NE
- Trpí nějakou srdeční vadou?	ANO	NE
Jakou?		
12. Má Vaše dítě často zánět průdušek?	ANO	NE
- Má záchvaty dušnosti?	ANO	NE
- Má astma?	ANO	NE
- Má jiné onemocnění plic nebo dýchacích cest?	ANO	NE
13. Prodělalo Vaše dítě žloutenku?	ANO	NE
- Má sklon ke krvácení?	ANO	NE
- Dělají se mu často modřiny?	ANO	NE
14. Mělo Vaše dítě zánět močových cest?	ANO	NE
15. Trpí Vaše dítě nějakou nervovou chorobou?	ANO	NE
- Mívá křeče při teplotách?	ANO	NE
16. Trpí Vaše dítě alergií	ANO	NE
- Na co je alergické?		
- Uveďte léky i event. desinfekční přípravky nebo náplast		
17. Má Vaše dítě cukrovku?	ANO	NE
- Jaký inzulín si aplikuje?		
- V jaké dávce a kdy a kolikrát denně?		
18. Trpí jiným hormonálním onemocněním (nadledvinky, štítná žláza)?	ANO	NE
- Jakým?		
19. Trpí Vaše dítě oční chorobou?	ANO	NE
- Jakou?		
20. Trpí Vaše dítě chronickým onemocněním uší, krku nebo nosu?	ANO	NE
21. Jiné důležité údaje k doplnění:		

Datum:	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

Při opakovaném výkonu potvrdí pacient svůj souhlas, včetně data a podpisu.

Datum	Podpis pacienta/ky

Datum	Podpis pacienta/ky

Vypracoval: MUDr. Tomáš Gabrhelík, Ph.D., zástupce přednosta pro LP
Přednosta: Doc. MUDr. Milan Adamus, Ph.D.