

ZGODA NA ZNIECZULENIE KRÓTKOTRWAŁE/SEDOANALGAZJĘ

W ramach projektu: „Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego i tatrzańskiego- ETAP II”

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL

Po rozmowie z anesteziologiem

Wyrażam zgodę na znieczulenie/sedoanalgezię do zabiegu:

.....

.....

Zostałem poinformowany/a o rodzaju znieczulenia, sposobie jego przeprowadzenia, przeciwwskazaniach, wszelkich dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach oraz postępowaniu po znieczuleniu.

Przed rozpoczęciem znieczulenia udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania zadane przez lekarza anesteziologa, dotyczących stanu mojego zdrowia, przebytych chorób, zabiegów operacyjnych i znieczuleń, zażywanych leków, znanych mi alergii oraz czasie spożywania posiłków.

W trakcie rozmowy z lekarzem anesteziologiem miałem/am możliwość uzyskać odpowiedzi na zadane pytania i wątpliwości, dotyczące proponowanego znieczulenia/sedoanalgezji przy wykonanym zabiegu/procedurze diagnostycznej.

Jednocześnie wyrażam zgodę na towarzyszące znieczuleniu procedury: założenie niezbędnych wkłuc dożylnych, infuzji płynów czy podawania dodatkowych leków.

Uwagi:

.....

.....

.....

Nowy Targ, dnia

.....

Podpis i pieczętka lekarza

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu