

 Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny ul. Jana Pawła II w Warszawie 50, 01-650	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE ZNIECZULENIA	QD - 34
		Wydanie I 19.01.2026
Imię i nazwisko pacjenta		PESEL/data urodzenia pacjenta

Zabiegi operacyjne i inne czynności lekarskie związane ze znacznym bólem, urazem tkanek, bądź nieprzyjemnymi doznaniem są wykonywane w znieczuleniu. Niniejszy formularz zawiera podstawowe wiadomości o metodach znieczulenia do zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych i związanych z nimi powikłań. Prosimy uważnie przeczytać, a następnie podpisać formularz w wyznaczonym miejscu. Dodatkowe pytania prosimy kierować do konsultującego Pana/Panią lekarza anestezjologa. Prawidłowe i szczegółowe poinformowanie lekarza w trakcie badania o stanie zdrowia, istniejących lub przebytych chorobach, przyjmowanych lekach i ewentualnych zabiegach operacyjnych pozwoli na zredukowanie ryzyka powikłań związanych ze znieczuleniem.

Niniejszym upoważniam personel medyczny do przeprowadzenia u mojego dziecka znieczulenia:

☐ **ZNIECZULENIE OGÓLNE**

Charakteryzuje odwracalne spowodowanie snu, brak odczuwania bólu, zanik odruchów i zwiócenie mięśni. Wszystkie te cechy występują po podaniu specyficznych preparatów medycznych. Środek nasenny podaje się zazwyczaj dożylnie lub/i do oddychania przez maskę (wziwnie). Po zaśnięciu pacjenta anestezjolog kontynuuje podawanie leków nasennych i przeciwbólowych, najczęściej przejmuje również oddychanie wkładając do tchawicy rurkę i podłączając chorego do respiratora oraz stosując leki porażające mięśnie. Przez cały czas trwania operacji anestezjolog jest obecny w pobliżu pacjenta, nadzoruje jego stan i na bieżąco leczy występujące powikłania. Do niektórych rodzajów zabiegów konieczne jest założenie dodatkowych elementów monitorowania oraz kaniul dożylnych. Zazwyczaj odbywa się to już po zaśnięciu chorego. Z wykonaniem znieczulenia ogólnego mogą wiązać się powikłania. Ogromna większość potencjalnych powikłań ma charakter lekkich i przemijających dolegliwości, nie pozostawiających żadnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. W literaturze wymienia się następujące powikłania (wg częstości występowania): ból gardła, uczucie drapania, trudności w przełykaniu, uczucie braku powietrza i trudności w oddychaniu, nudności i wymioty, śródoperacyjne odzyskanie świadomości, trudności z utrzymaniem drożności dróg oddechowych i związane z tym uszkodzenia zębów, warg, języka, nietypowe reakcje na leki anestezjologiczne, niedotlenienie organizmu związane z trudnościami w wentylacji, aspiracja treści pokarmowej do płuc i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa, gorączka złośliwa, zgon z przyczyn anestezjologicznych.

Przy znieczuleniu wykonywanych zgodnie z obowiązującymi zasadami najcięższe powikłania są bardzo rzadkie. Ryzyko tego rodzaju powikłań jest wyższe w przypadku pacjentów obciążonych poważnymi schorzeniami ogólnymi, natomiast w przypadku pacjentów z grupy niskiego ryzyka jest minimalne, nie można go jednak całkowicie wykluczyć.

☐ **KRÓTKOTRWAŁE DOŻYLNIE** ☐ **WZIEWNE**

Charakteryzuje odwracalne spowodowanie snu, brak odczuwania bólu. Wszystkie te cechy występują po podaniu specyficznych preparatów medycznych. Środek nasenny podaje się zazwyczaj dożylnie lub/i do oddychania przez maskę (wziwnie). Stosowane jest zwykle w przypadku procedur niewymagających zwiócenia lub obciążonych słabymi bodźcami bólowymi oraz w przypadku zastosowania znieczulenia przewodowego w celu zapewnienia komfortu psychicznego pacjentowi. Znieczulenie tego typu nie wymaga zwykle zabezpieczenia dróg oddechowych przyrządowo (rurka intubacyjna, urządzenie nadkraniowe). Przy znieczuleniu wykonywanych zgodnie z obowiązującymi zasadami ciężkie powikłania są bardzo rzadkie (wymienione w sekcji znieczulenia ogólnego). Ryzyko tego rodzaju powikłań jest wyższe w przypadku pacjentów obciążonych poważnymi schorzeniami ogólnymi, natomiast w przypadku pacjentów z grupy niskiego ryzyka jest minimalne, nie można go jednak całkowicie wykluczyć.

ZNIECZULENIE PRZEWODOWE: ☐ **regionalne** ☐ **podpajęczynówkowe** ☐ **zewnątryponowe**

Polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego w okolicy nerwów, spłotów nerwowych lub rdzenia kręgowego. Powoduje to przejściowe zablokowanie funkcji tych nerwów, dając zniesienie czucia i osłabienie lub całkowitą utratę siły mięśniowej w wydzielonej okolicy ciała. Po znieczuleniu mogą wystąpić następujące powikłania: bóle głowy, nudności i wymioty, spadek ciśnienia tętniczego, trudności z oddawaniem moczu, bóle okolicy lędźwiowej, przejściowe podrażnienie nerwów objawiające się zaburzeniami czucia, mrowieniem lub osłabieniem kończyn, reakcje uczuleniowe na leki lub zatrucie lekami, zakażenie, trwałe uszkodzenia nerwów, w tym paraliż kończyn, przejściowe podrażnienie nerwów objawiające się zaburzeniami czucia, mrowieniem lub osłabieniem kończyn - odma opłucnowa, reakcje uczuleniowe na leki lub zatrucie lekami, krwiak okolicy wkłucia. Najcięższe powikłania

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL/data urodzenia pacjenta

są najczęściej związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi. W przypadku pacjentów bez zaburzeń krzepnięcia ryzyko jest minimalne, wręcz kazuistyczne nie można go jednak całkowicie wykluczyć.

OŚWIADCZENIA PACJENTA

1. Zgadzam się na uzasadnione zmiany postępowania anestezyjologicznego wyłącznie ze zmianami rodzaju znieczulenia.
2. Oświadczam, że niżej podpisany lekarz przeprowadził w dniu dzisiejszym ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do czekającego mnie zabiegu.
3. Otrzymałem/am wyczerpujące informacje o celu znieczulenia, jego rodzaju i możliwych powikłaniach, skutkach odległych, ryzyku związanym z zastosowanym znieczuleniem oraz innych możliwościach znieczulenia.
4. Wyrażam zgodę na towarzyszące znieczuleniu postępowanie przed, w czasie i po znieczuleniu, obejmujące w szczególności: dożylne przetaczanie płynów, transfuzje krwi i jej preparatów, leczenie krążeniowe, oddechowe, pobieranie krwi do badań.
5. Rozumiem potrzebę znieczulenia mojego dziecka i stwierdzam, że niniejsza zgoda zostaje przeze mnie podjęta z pełną świadomością istniejącego ryzyka i ewentualnych powikłań.
6. Oświadczam, że treść niniejszej zgody jest mi znana i w pełni ją rozumiem. Otrzymałem/am wyczerpujące wyjaśnienia na wszystkie zadawane przeze mnie pytania.

..... podpis i pieczęć lekarza	 data	 czytelny podpis rodzica / przedstawiciela ust.
		 czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

ZGODA RODZICA

Zgadzam się na wykonanie proponowanego znieczulenia u mojego dziecka.

..... podpis i pieczęć lekarza	 data	 czytelny podpis rodzica / przedstawiciela ust.
		 czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

BRAK ZGODY PACJENTA

Nie zgadzam się na wykonanie proponowanego znieczulenia u mojego dziecka oraz zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji.

..... podpis i pieczęć lekarza	 data	 czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ust.
		 czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia