



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

**ZNIECZULENIE
PODPAJĘCZYNÓWKOWE**

PG/I03/F50

str. 1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE

ZNIECZULENIA PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO

Przyjmuję do wiadomości, że znieczulenie podpajęczynówkowe polega na podaniu przez igłę leku do płynu mózgowo-rdzeniowego i odwracalnym, farmakologicznym zablokowaniu przewodzenia w tzw. nerwach rdzeniowych na właściwym poziomie. W efekcie zniesione zostaje czucie bólu w obszarze operowanym. Ponieważ nie udaje się wybiórczo zablokować jedynie czucia bólu jednocześnie występuje blokada motoryczna (brak możliwości poruszania nogami). Stan taki utrzymuje się przez kilka godzin.

Dotyczy kobiet w ciąży - znieczulenie podpajęczynówkowe nie wpływa bezpośrednio na stan płodu.

Początek znieczulenia może wiązać się z wystąpieniem uczucia osłabienia, nudności, wymiotów i utrudnionego oddychania. Wymienione objawy, jeśli wystąpią, są zazwyczaj krótkotrwałe.

Każde działanie lekarskie związane jest dla pacjenta z ryzykiem wystąpienia powikłań. Ciężkie, zagrażające zdrowiu i życiu powikłania zdarzają się niezwykle rzadko.

Zostałam poinformowana o możliwości wystąpienia powikłań:

- głęboki spadek ciśnienia tętniczego,
- zbyt wysoki poziom znieczulenia,
- zespół popunkcyjny (ból głowy, nudności, wymioty),
- uszkodzenie gałązek nerwów rdzeniowych - możliwość wystąpienia niedowładów i obszarów nieprawidłowego czucia w obrębie kończyn dolnych,
- krwawienie do przestrzeni podpajęczynówkowej,
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu i rdzenia kręgowego,
- reakcje uczuleniowe o różnym nasileniu,
- niepełny zakres znieczulenia.

Wyrażam zgodę na:

1. wykonanie niezbędnych zabiegów towarzyszących znieczuleniu podpajęczynówkowemu - wkłucie dożylnie, przetaczanie płynów infuzyjnych, podanie tlenu przez maskę,
2. wykonanie, w razie konieczności, zabiegów ratujących życie – intubacja tchawicy, pośredni masaż serca, defibrylacja elektryczna, kardiowersja,

3. ewentualną zmianę sposobu znieczulenia w trakcie operacji podyktowaną nie przewidywanymi względami medycznymi,
4. przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych,
5. proponowane leczenie bólu pooperacyjnego.

Oświadczam, że powyższy tekst „świadomej zgody na znieczulenie” przeczytałam, zrozumiałam, otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi na zadane pytania, wyjaśniono moje wątpliwości.

Bez zastrzeżeń* / z poniższymi zastrzeżeniami* wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis pacjentki

.....
pieczęć i podpis lekarza

Nie wyrażam zgody na proponowane przez lekarza anestezjologa znieczulenie podpajęczynówkowe

.....
data

.....
podpis pacjentki

.....
pieczęć i podpis lekarza

*Niepotrzebne skreślić