



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

**ZNIECZULENIE
ZEWNĄTRZOPONOWE**

PG/I03/F51

str. 1/2

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE**

ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO

Przyjmuję do wiadomości, że znieczulenie zewnątrzoponowe polega na podaniu leku znieczulającego do tzw. przestrzeni zewnątrzoponowej kręgosłupa i odwracalnemu zablokowaniu przewodzenia w przebiegających tam nerwach rdzeniowych. Osiąga się to poprzez wprowadzenie igły i ewentualnie specjalnego cewnika do wymienionej przestrzeni. W efekcie zniesione zostaje czucie bólu w obszarze operowanym. Blokady czuciowej zazwyczaj towarzyszy blokada motoryczna o różnym stopniu nasilenia (zmniejszenie siły mięśniowej w kończynach dolnych).

Dotyczy kobiet w ciąży - znieczulenie zewnątrzoponowe 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 (bóle głowy, nudności, wymioty),
- uszkodzenie gałązek nerwów rdzeniowych - możliwość wystąpienia niedowładów i obszarów nieprawidłowego czucia w obrębie kończyn dolnych,
- krwiak przestrzeni zewnątrzoponowej,
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu i rdzenia kręgowego,
- reakcje uczuleniowe o różnym nasileniu,
- niezamierzone donaczyniowe podanie leku,
- niezamierzone podanie leku do płynu mózgowo-rdzeniowego,
- niepełny zakres znieczulenia.

Wyrażam zgodę na:

1. wykonanie niezbędnych zabiegów towarzyszących znieczuleniu zewnątrzoponowemu - 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 nieprzewidywanymi względami medycznymi,
4. przetaczanie 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 zewnątrzoponowe.

.....
data

.....
podpis pacjentki

.....
pieczęć i podpis lekarza

*Niepotrzebne skreślić