



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

**ZNIECZULENIE PORODU
PODTLENKIEM AZOTU**

PG/I03/F52

str. 1

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA

ZNIECZULENIE PORODU PODTLENKIEM AZOTU

1. DZIAŁANIE:

W butli znajduje się gotowa mieszanina gazów zawierających 50% podtlenku azotu i 50% tlenu. Podtlenek azotu jest bezpiecznym i skutecznym środkiem przeciwbólowym. Zapewnia uśmierzanie bólu i sedację z zachowaniem świadomości. Stosowany jest poprzez wdychanie. Ma on działanie przeciwbólowe już po kilku wdechach. Działanie to ustępuje w ciągu kilku minut po zaprzestaniu podawania. Stopień zniesienia bólu zależy od indywidualnych cech osoby np. wysokości progu odczuwania bólu. Według dostępnych badań nie stwierdzono negatywnego wpływu na stan dziecka.

2. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- zawroty głowy
- nudności
- wymioty
- euforia
- krótkotrwałe uczucie utraty kontaktu z otoczeniem

3. PRZECIWWSKAZANIA DO ZNIECZULENIA PODTLENKIEM AZOTU:

- odma opłucnowa
- odma osierdziowa
- ciężkie rozedmy płuc
- zatory gazowe
- urazy głowy
- choroby serca (niewydolność krążenia, upośledzenie czynności serca)
- uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (guzy mózgu)
- niedobór witaminy B₁₂ i kwasu foliowego
- niedrożność jelit

4. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytała nas Pani o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym znieczuleniem. Wszelkie informacje dodatkowe oraz oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszej Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

5. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem dr
spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat zastosowania oraz proponowanych alternatywnych metod złagodzenia bólu.

Zgadzam się na znieczulenie podtlenkiem azotu

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki lub opiekuna prawnego