

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PO UZYSKANIU INFORMACJI

(wejdzie w skład dokumentacji)

<i>Imię, nazwisko pacjenta:</i>		<i>Data urodzenia:</i>
<i>Lekarz odpowiedzialny za pouczenie pacjenta:</i>		
<i>Miejsce pracy/ oddział:</i>		

<i>Pouczenie pacjenta dotyczące zabiegu:</i>	Wykonanie blokady korzeni C2 – C3 /pachowej/ poniżej i powyżej mięśnia pochylego szyi/ podobojczykowej oraz Foot bloku
<i>Cel przeprowadzenia zabiegu (indykacja):</i>	Ten typ anestezji u niektórych klientów (z chorobą dróg oddechowych, serca, choroby mięśni...) obciążony jest mniejszym ryzykiem niż znieczulenie całkowite. Anestezja ta służy do znieczulenia tylko tego obszaru, w którym znajduje się dany nerw /dłoń, noga, palce itp./.
<i>Przebieg zabiegu:</i>	Przeprowadza się go wyszukaniem nerwu lub korzenia nerwu elektrodą stymulacyjną, pacjent odczuwa wtedy mrowienie w unerwionej okolicy, gdzie wg anatomii przewiduje się obecność poszukiwanych nerwów, podaje się anestetyki (środki znieczulające).
<i>Ewentualne komplikacje (ograniczenia):</i>	Z punktu widzenia ewentualnych komplikacji należy do znieczuleń z najmniejszym ryzykiem. Do najczęstszych miejscowych komplikacji należy krwiak (siniak) lub infekcja w miejscu wkłucia.

<i>Zgoda pacjenta z wykonaniem zabiegu medycznego:</i>	<p>Ja, pacjent (pełnomocnik ustawowy) oświadczam, że zostałem(am) jasną, dla mnie zrozumiałą formą poinformowany(a) o przebiegu leczenia. Oświadczam, że wszystkie informacje są dla mnie jasne i zrozumiałe, jestem zaznajomiony(a) z przebiegiem i komplikacjami związanymi z zabiegiem. Umożliwiono mi też kłaść pytania i prowadzić dyskusję z lekarzem na temat tej problematyki.</p> <p>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie blokady korzeni C2 – C3 /pachowej/ poniżej i powyżej mięśnia pochylego szyi/ podobojczykowej oraz Foot bloku.</p> <p>Równocześnie oświadczam, że w wypadku nieoczekiwanych komplikacji, wymagających bezzwłocznego wykonania kolejnych zabiegów koniecznych dla ratowania mojego życia lub zdrowia, zgadzam się z tym, aby przeprowadzono następne, potrzebne i nie dające się odłożyć zabiegi, konieczne do ratowania mojego życia lub zdrowia.</p>
<i>Data:</i>	
<i>Podpis pacjenta (pełnomocnika ustawowego):</i>	
<i>Podpis lekarza:</i>	