



## ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA PRZEWODOWEGO-PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO

### A. DANE PACJENTA

Nazwisko i imię ..... Nr KG .....

PESEL / .....  
Dowód tożsamości ..... Płeć  K  M Wiek ..... Nr KO .....

### B. DANE OPIEKUNA \*

Nazwisko i imię ..... Telefon .....

PESEL / .....  
Dowód tożsamości .....

Adres .....

### C. OPIS ZNIECZULENIA

Jest to znieczulenie polegające na czasowym i odwracalnym zniesieniu czucia bólu, temperatury oraz ruchomości w zakresie dolnej połowy ciała. (najczęściej od pępka w dół). Znieczulenie osiągane jest poprzez podanie leku miejscowo znieczulającego (z ew. dodatkiem innych leków) poprzez zastrzyk podawany w plecy na wysokości odcinka lędźwiowego kręgosłupa (do tzw. przestrzeni podpajęczynówkowej). Na tej wysokości u osoby dorosłej nie ma już rdzenia kręgowego, tylko wolne nerwy otoczone płynem tzw. mózgowo-rdzeniowym. Prowadzony jest monitoring funkcji życiowych - założenie na ramię mankietu mierzącego ciśnienie krwi, naklejenie na skórę klatki piersiowej plastrów z przewodami do mierzenia aktywności serca, oraz założenie czujnika na palec mierzącego ilość tlenu w krwi. Założony będzie również wenflon do żyły. W trakcie wykonywania znieczulenia pacjent proszony jest o przyjęcie (najczęściej) pozycji siedzącej na stole operacyjnym. Plecy są dezynfekowane oraz znieczulane miejscowo. W przypadku nadmiernego owłosienia może zaistnieć konieczność ogolenia tej okolicy. Po podaniu leku może pojawić się uczucie ciepła, drętwienia, mrowienia w okolicy pośladków i obu kończyn dolnych. Zabieg operacyjny rozpoczyna się po sprawdzeniu i upewnieniu się że znieczulenie jest skuteczne i wystarczające. W trakcie zabiegu pacjent jest przytomny, widzi, słyszy, pamięta i rozumie. Operowana okolica zostaje oddzielona przesłoną. Możliwe jest zachowanie odczuwania zmiany pozycji ciała i kończyn oraz uczucia dotyku i pociągania. Możliwe jest połączenie takiego znieczulenia z analgesacją. Znieczulenie pozwala na przeprowadzenie zabiegów w obrębie kończyn dolnych i dolnej części jamy brzusznej trwających do 3-4 godzin. Po upływie kilku godzin działanie leków ustępuje i objawy znieczulenia ustępują samoczynnie i nie wymagają dalszych interwencji. Oznacza to, że taki rodzaj znieczulenia działa także po zabiegu, zapewniając komfort w zakresie odczuwania dolegliwości bólowych. Po zabiegu można podnosić głowę i siedać na łóżku, o ile poziom i zakres znieczulenia na to pozwalają. Należy pamiętać, że mogą pojawić się zawroty głowy związane ze zmianą pozycji, a pełnia władzy w nogach może pojawić się później niż powrót czucia dotyku i bólu. Należy zwrócić na to uwagę podczas siadania i wstawania z łóżka. Pokarmy i płyny można przyjmować od momentu, w którym znieczulenie ustąpi w stopniu pozwalającym usiąść w łóżku i swobodnie kaszleć.

### D. PRZYGOTOWANIE DO ZNIECZULENIA

Nie należy przyjmować posiłków, przekąsek oraz płynów na sześć godzin przed zabiegiem. Wyjątkiem jest wypicie wody lub płynów klarownych (herbata, czarna słaba kawa, sok jabłkowy) do dwóch godzin przed zabiegiem (nie więcej niż 200ml). Należy zdjąć całą biżuterię, usunąć makijaż i lakier do paznokci. Sztuczne i przedłużane paznokcie powinny być na czas zabiegu usunięte. Na salę operacyjną nie należy zabierać protez zębowych, wszelkich możliwych do wyjęcia implantów oraz telefonów komórkowych.

### E. POSTĘPOWANIE PO ZNIECZULENIU I OPERACJI

- Nie należy prowadzić pojazdów mechanicznych przez co najmniej 24 godziny po znieczuleniu.
- Nie należy obsługiwać skomplikowanych urządzeń przez co najmniej 24 godziny po znieczuleniu.
- Nie powinno się podejmować żadnych ważnych decyzji życiowych.
- Nie należy spożywać alkoholu przez co najmniej 24 godziny od znieczulenia.

### F. MOŻLIWE POWIKŁANIA PO ZNIECZULENIU

Poniżej przedstawiono powikłania, związane ze znieczuleniem, pod względem częstości występowania.

**Bardzo częste** - Niedostateczne opanowanie bólu pooperacyjnego, wymioty/nudności, zawroty głowy, dreszcze, bóle głowy, bóle pleców (im dłuższa operacja tym częściej), przejściowa niedrożność tętnicy po kaniulacji

**Częste** - Silny ból po dużych operacjach, przejściowe zaburzenia widzenia, bóle mięśni, powstanie krwaków przy kaniulacji dużych naczyń żylnych, ponowny zawał serca, zgon podczas operacji w trybie natychmiastowym, przejściowe uszkodzenie nerwów powodujące zaburzenia czucia/ zaburzenia ruchu

**Niezbyt częste** - Całkowita niedrożność tętnicy (po kaniulacji), zgon w okresie okołoperacyjnym z jakiegokolwiek przyczyny, trwałe uszkodzenie nerwu łokciowego

**Rzadkie** - Zatrzymanie pracy serca, zgon związany ze znieczuleniem u pacjentów ciężko chorych (alkoholicy; pacjenci z niewydolnością serca, z patologiczną otyłością, z ciężkimi chorobami płuc, dializowani, ze źle kontrolowaną cukrzycą)

**Bardzo rzadkie** - Uczulenie na leki, trwała głuchota, zgon związany ze znieczuleniem.

### G. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że:

- Otrzymałem/am i zapoznałem/am się z informacją dotyczącą opisu znieczuleń, ryzyka związanego ze znieczuleniem oraz zaleceniami dotyczącymi przygotowania do znieczulenia.
- Lekarz kwalifikujący mnie do znieczulenia omówił ze mną planowane znieczulenie i związane z nim ryzyko powikłań.
- Miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia i uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi
- Nie zataiłem/am podczas konsultacji anestezjologicznej żadnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia oraz przyjmowanych lekach i środkach farmakologicznych, Jestem świadomy/a wynikającego z tego ryzyka i innych konsekwencji.
- Zgadzam się na uzasadnioną zmianę lub rozszerzenie znieczulenia.
- Zgadzam się na uzasadnione dodatkowe procedury, których konieczności wykonania nie można było z góry przewidzieć, a dla dobra pacjenta muszą być wykonane bez zwłoki, np.: założenia cewników naczyniowych do żył centralnych i tętnic, założenia sondy do żołądka, wykonania tracheotomii
- Rozumiem, że pomimo dołożenia należytej staranności, w trakcie i po znieczuleniu mogą wystąpić powikłania
- Lekarz przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą jakie rodzaje znieczulenia umożliwią wykonanie operacji oraz który rodzaj znieczulenia jest optymalny zważywszy na mój stan zdrowia.
- W przypadku odmowy po przeczytaniu i zrozumieniu przeczytanej informacji zostałem/am poinformowany/a o możliwych ujemnych skutkach wynikających z mojej świadomej decyzji.

### H. DECYZJA PACJENTA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA

Wyrażam zgodę      Nie wyrażam zgody

Uwagi

### I. AUTORYZACJA

.....  
Data

.....  
Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....  
Pieczęć i podpis lekarza konsultującego

\* Wypełnić gdy występuje ustawowy opiekun prawny