

Beleegyező nyilatkozat műtéti érzéstelenítéshez

Alulírott(név).....(szül. idő) tanúsítom, hogy
dr.kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. Ismertette velem a különböző érzéstelenítési eljárásokat, melyek segítségével a műtét elvégezhető.
2. Tájékoztatót kaptam a lehetséges gyakoribb szövődményekről, úgy mint:
 - a. Altatás során előforduló szövődmények:
 - átmeneti torokfájás, rekedtség, mely utóbbi, igen ritkán tartós maradhat a hangszalag sérülése miatt
 - légúti fertőzés, elsősorban akkor, ha már előzőleg is fennállt felsőlégúti hurut
 - nagyon ritkán gyomortartalom belégzése
 - laza fog elvesztése, esetleg belégzése. Ennek eltávolítása azért szükséges lehet az altatás előtt
 - szív működési zavarok
 - b. Gerincközeli érzéstelenítés során előforduló szövődmények:
 - átmeneti vérnyomásesés
 - az esetek 5-6%-ában átmeneti fejfájás a spinális érzéstelenítés esetén
 - tízezerből 1-2 esetben perifériás idegsérülés, amely általában érzéskiesést okoz
 - nagyon ritkán fülzúgás
 - százezerből 1-2 esetben lehet gerinc tályog, vagy vérzés miatt bénulás
 - c. Vezetékes érzéstelenítés során előforduló szövődmények:
 - igen ritkán idegsérülés, vagy bevérzés miatt idegnyomási tünet
 - a helyi érzéstelenítő hirtelen felszívódása a vérkeringésre kedvezőtlen hatást gyakorolhat
 - d. Valamennyi érzéstelenítési formánál lehetséges allergiás szövődmény.
 - e. Százezerből 1-2 esetben előfordulhat halálos szövődmény valamennyi érzéstelenítési formánál.

3. Beleegyezem / nem egyezem bele abba, hogy szükség esetén vért, vagy vérkészítményt kapjak. (a nem kívánt rész törlendő)
4. Tájékoztatót kaptam a jelenleg meglévő betegségeim és az általam szedett gyógyszerek, valamint az egyes érzéstelenítési formák és az azokhoz használt gyógyszerek egymásra gyakorolt hatásairól, illetve a lehetséges kedvezőtlen kölcsönhatásokról.

A fentiek alapján nem fogadom el az érzéstelenítést végző orvosom által javasolt

..... anaesthesiát.

Az ennek következtében fellépő szövődmények miatt a felelősség engem terhel.

A fentiek alapján elfogadom az érzéstelenítést végző orvosom által javasolt

..... anaesthesiát.

Szekszárd,év hó nap.

.....

érzéstelenítő orvos

.....

beteg