**ZNIECZULENIE – KWALIFIKACJA I ZGODA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Pacjenta** *(wypełnia przedstawiciel ustawowy)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Numer kartoteki:** | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | **/** | | | |  | |  | |
| **Nazwisko:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Płeć:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **🞎 M 🞎 K** | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia:** |  | |  | | | **/** |  | | |  | | | **/** | |  |  |  | | |  | **PESEL\*:** | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | |  |
| **Dzień** | | | | |  | **Miesiąc** | | | | | |  | | **Rok** | | | | | |
| \*) w przypadku noworodka numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu wi potwierdzającego tożsamość wpisać poniżej: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj i numer dokumentu na podstawie którego stwierdzono tożsamość: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania /Oddział:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Masa ciała [kg]:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Wzrost [cm]:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety przed rozmową z lekarzem anestezjologiem zaznaczając TAK lub NIE. Prosimy o podanie dodatkowych szczegółów tam, gdzie to konieczne. Jeśli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z anestezjologiem. Prosimy o dostarczenie kart wypisowych z pobytów szpitalnych i ewentualnych zaświadczeń od specjalistów/ wyników badań. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje o stanie zdrowia**  (nie dotyczy przypadku **ponownego** znieczulenia w trakcie tej samejhospitalizacji) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa Dziecko rozwija się prawidłowo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Czy jest coś, co sprawia mu problemy (np. trudności z poruszaniem, zaburzenia połykania, niedosłuch, inne)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa Dziecko było już kiedyś operowane w znieczuleniu/ znieczulane z innych przyczyn? Jeżeli NIE to można pominąć następne pytanie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jeżeli TAK to, kiedy i z jakiego powodu? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy w trakcie dotychczasowych znieczuleń były jakieś problemy (np. kłopoty z wybudzaniem, wymioty, problemy z oddychaniem, chrypka, inne)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | □  NIE | | | | | □ Nie dotyczy | | | | | | | |
| Jeżeli TAK to, jakie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy u Państwa lub krewnych były jakieś problemy związane ze znieczuleniem? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jeżeli TAK to, kiedy, jakie, u kogo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa Dziecko jest pod opieką specjalisty? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jeżeli TAK to, jakiego i z jakiego powodu?  … | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ile razy do roku Państwa dziecko choruje na przeziębienia, anginę, zapalenie oskrzeli/ płuc, inne ? Kiedy ostatnio ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa Dziecko przyjmuje obecnie jakieś leki? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Nazwa, dawka, ile razy, kiedy ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa Dziecko w ciągu ostatniego miesiąca miało kontakt z chorobą zakaźną? (ospa wietrzna, krztusiec, odra, świnka, różyczka, inne)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jaką, kiedy? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa Dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Gdy szczepienie odbyło się w ostatnich 2 tyg. to kiedy i jaką szczepionką? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy było szczepione przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| **Czy u Państwa dziecka rozpoznawano obecnie lub kiedykolwiek, któreś z poniższych?:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemy z oddychaniem (np. świszczący oddech, ciężki oddech, duszność) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| W jakich okolicznościach (np. infekcja, wysiłek, sen, karmienie, inne) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Głośne chrapanie, bezdechy w nocy, budzi się spocone z lękiem, nie wysypia się | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Sinicę (sine usta, paznokcie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Uczulenie/ Alergię – zmiany na skórze, katar, uporczywy kaszel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jeżeli TAK to, na jakie substancje, w jakich okolicznościach? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rozpoznaną astmę oskrzelową | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Problemy z sercem (wada serca, zaburzenia rytmu, szmer, inne) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jakie, kiedy? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Padaczkę | | | | | □ TAK | | | | | | | □ NIE | | | | | | Napad padaczki w ostatnich 6 miesiącach | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Drgawki gorączkowe | | | | | □ TAK | | | | | | | □ NIE | | | | | | Inne choroby układu nerwowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jakie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utratę przytomności | | | | | □ TAK | | | | | | | □ NIE | | | | | | | Uraz głowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Cukrzycę | | | | □ TAK | | | | | | | □ NIE | | | | | | | | Chorą tarczycę | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Inne choroby hormonalne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jakie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy przyjmuje doustne środki antykoncepcyjne? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Dotyczy miesiączkujących dziewczynek Test ciążowy : wykonano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Choroby nerek, dróg moczowych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jakie, kiedy? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zapalenie wątroby lub inne choroby wątroby (żółtaczka i inne) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jakie, kiedy? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemy z niespodziewanym krwawieniem u dziecka  (krwawienia z nosa, siniaki, przedłużone krwawienie przy skaleczeniu, inne): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | |
| Problemy z krwawieniem u Państwa krewnych? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | | □ NIE | | | | | |
| Jakie, u kogo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemy z zębami (np. ruszające się zęby, aparaty ortodontyczne, protezy) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | □ NIE | | | | | |
| Jakie, kiedy? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy u dziecka lub u Państwa krewnych rozpoznano/podejrzewano?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Choroby mięśni | | □ TAK | | | | | | □ NIE | | | | | | Gorączkę złośliwą | | | | | | | | | | □ TAK | | □ NIE | | | | | | Porfirię | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | | □ NIE | | | | | |
| Jeżeli inne, to, jakie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy macie Państwo inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| Jakie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Data, imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa osoby wypełniającej ankietę* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *Pieczątka i podpis lekarza weryfikującego ankietę* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane medyczne dotyczące Pacjenta** *(wypełnia lekarz anestezjolog)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ROZPOZNANIE** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Planowany zabieg:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data zabiegu: | | **d** | | **d** | / | | | | **m** | **m** | / | | **r** | | **r** | **r** | **r** | | Tryb: | | | | 🞎 Planowy | | | | 🞎 Nagły | | | |
| □ Cechy infekcji | | | □ Uczulenie na latex | | | | | | | | | | | □ Astma oskrzelowa | | | | | | | □ Ryzyko krwawienia | | | □ Pełny żołądek/aspiracja | | | | | | |
| □ Sterydoterapia | | | □ Ryzyko IZW | | | | | | | | | | | □ Trudna intubacja | | | | | | | □ Hipertermia złośliwa | | | □ Inne……………… | | | | | | |
| Uczulenia inne niż na latex: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | □ NIE |
| Jakie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Górne drogi oddechowe prawidłowe | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | | | | | □ NIE | | Mallampati (I, II, III, IV) | | | | | | ……… | |
| Uwagi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Układ oddechowy prawidłowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | □ NIE |
| Czy opiekunowie palą papierosy? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | □ NIE |
| Układ krążenia prawidłowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | □ NIE |
| NYHA: | I II III IV | | | | | | | Uwagi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stan neurologiczny prawidłowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | □ NIE |
| PONV\* *(skala 1 do 4 punktów)* TAK, jeżeli 2 lub więcej punktów | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | | □ NIE |
| *\*1p -wiek ≥ 3 lat; 1p -operacja >30 min; 1p -PONV w wywiadzie –również u rodziców i rodzeństwa; 1p -operacja zeza* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inne istotne odchylenia w badaniu fizykalnym | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ TAK | | | □ NIE |
| Jakie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemy w trakcie poprzednich znieczuleń: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Istotne odchylenia w badaniach dodatkow.: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Konieczne dodatkowe badania/ konsultacje: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA:** | | | | | | | □ Zakwalifikowany | | | | | | | | | | | □ Zakwalifikowany warunkowo do zniecz. ogólnego | | | | | | | | | | | |
| □ Niezakwalifikowany | | | | | | | | | | | □ Zakwalifikowany warunkowo do zniecz. regionalnego | | | | | | | | | | | |
| Przyczyna dyskwalifikacji/ kwalifikacji warunkowej: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uwagi (np. specyficzne wymagania dotyczące znieczulenia, ułożenia pacjenta itp.): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Data* | | | | | | *Pieczątka i podpis anestezjologa* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ZGODA NA ZNIECZULENIE i ZWIĄZANE Z NIM ZABIEGI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rozmowa wyjaśniająca z anestezjologiem** | | | | | |
| Podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem konieczna jest obecność jednego z rodziców. Postępowanie anestezjologiczne zostanie przedstawione również dziecku w formie adekwatnej do jego wieku. | | | | | |
| **Proponowane znieczulenie (wypełnia lekarz anestezjolog):** | | | | | |
| **□** ogólne □ sedacja/analgosedacja □ blokady centralne □ blokady obwodowe  □ inne  □ Inne niezbędne procedury, w tym:  □ Intubację tchawicy □ Cewnikowanie dużych żył □ Cewnikowanie tętnicy | | | | *Data, podpis i pieczątka lekarza anestezjologa* | |
| Stwierdzam, że wyjaśniono istotę znieczulenia oraz zabiegów dodatkowych | | | |
| Zakwalifikowano pacjenta wg ASA do grupy | | I II IIIa IIIb IV V | |
| **Wypełniają przedstawiciele ustawowi pacjenta**  ***(proszę podpisać niniejszą zgodę po przeprowadzonej rozmowie wyjaśniającej z lekarzem)*** | | | | | |
| Oświadczamy, że: znamy treść dokumentu „ Znieczulenie dziecka - informacja dla rodziców”   * Zostały nam wyjaśnione: sposób znieczulenia dziecka, ryzyko proponowanej metody znieczulenia, alternatywne sposoby postępowania, wszelkie możliwe do przewidzenia powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące (w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi). * Mieliśmy możliwość zadawania pytań. Na nasze pytania uzyskaliśmy całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienie. W przypadku dalszych pytań możemy się w każdej chwili zwracać do lekarza prowadzącego leczenie, a poprzez niego do anestezjologa. * Przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego udzieliłem/-am lekarzowi pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały zadane przez lekarza w trakcie wywiadu lekarskiego.   Po wnikliwym namyśle wyrażamy zgodę na:   * Zastosowanie, proponowanego naszemu dziecku, sposobu znieczulenia. * Wykonanie zabiegów związanych ze znieczuleniem, wyjaśnionych nam przez lekarza.   Zrozumieliśmy, że:   * Znieczulenie będzie wykonane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii * Dodatkowe procedury medyczne uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra naszego dziecka. * Istnieje ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie znieczulenia, o których zostaliśmy poinformowani. | | | | | |
| Uwagi *(proszę wpisać, jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na jakieś postępowanie):* | | | | | |
| **Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (np. matki, ojca, opiekuna prawnego)\*\*** |  | | **Podpis, data:** | |  |
| **Imię i nazwisko drugiego przedstawiciela ustawowego, jeśli występuje.** |  | | **Podpis, data:** | |  |
| **Zgoda pacjenta (jeśli ukończył 16 lat):** | | | **Podpis, data:** | |  |
| **Oświadczam, iż poinformowałam/-em pacjenta,/ jego przedstawicieli ustawowych o planowanym sposobie zabiegu oraz pouczyłam/em o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.**  **Imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji:** | | | **(podpis, pieczątka, data)** | | |

Ja niżej podpisany/a, przedstawiciel ustawowy wyżej wymienionego dziecka potwierdzam, że odbyłem rozmowę z lekarzem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, dotyczącą proponowanego znieczulenia i/lub związanych z nim zabiegów:

***\*\*UWAGA*** *- w przypadku, gdy tylko jeden z uprawnionych przedstawicieli ustawowych podpisuje zgodę, podpisujący zgodę oświadcza, że nieobecny przedstawiciel ustawowy nie wyraża sprzeciwu na przeprowadzenie procedury.*

*Wynik klasyfikacji ASA (American Society of Anesthesiology) jest miarą określającą, czy pacjent jest wystarczająco zdrowy, by mógł bezpiecznie zostać poddany operacji  
i znieczuleniu. Klasyfikacja Stanu Fizycznego Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologicznego (ASA) jest narzędziem wykorzystywanym w przygotowaniu do operacji, aby pomóc przewidzieć ryzyko u danego pacjenta: im niższy wynik tym mniesze ryzyko*

*Załącznik Klasyfikacja ASA*

*Podstawa prawna: Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. nr 52, poz. 417 z dnia 31 marca 2009 roku  
z póź. zmianami)*