



## Oświadczenie pacjenta o stanie zdrowia - analgosedacja/znieczulenie do badań endoskopowych przewodu pokarmowego

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL / data urodzenia: ..... ID Pacjenta: .....

Waga: ..... Wzrost: .....

Oświadczenie należy wypełnić przed zgłoszeniem się na badanie. Informacje uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania, pozwolą lekarzowi anestezjologowi wybrać najbardziej odpowiedni sposób analgosedacji i zwiększą Państwa bezpieczeństwo przed, w trakcie i po badaniu w analgosedacji.

Proszę zakreślić właściwe:

**1. Czy miał już Pan/i zabiegi wykonywane w znieczuleniu lub sedacji?** \_\_\_\_\_ TAK / NIE

**2. Czy u Pana/i wystąpiły powikłania po znieczuleniu lub sedacji?** \_\_\_\_\_ TAK / NIE

Jakie: .....

**3. Czy przyjmuje Pan/i na stałe leki?** \_\_\_\_\_ TAK / NIE

Jakie: .....

**4. Czy leczy się Pan/i na choroby układu krążenia?**

• Zawał mięśnia sercowego \_\_\_\_\_ TAK / NIE

• Nadciśnienie \_\_\_\_\_ TAK / NIE

• Choroba wieńcowa \_\_\_\_\_ TAK / NIE

• Zaburzenia rytmu serca \_\_\_\_\_ TAK / NIE

**5. Czy leczy się Pan/i na choroby układu oddechowego?**

• Przewlekła obturacyjna choroba płuc POChP \_\_\_\_\_ TAK / NIE

• Astma \_\_\_\_\_ TAK / NIE

• Inne \_\_\_\_\_ TAK / NIE

**6. Czy choruje Pan/i na cukrzycę?** \_\_\_\_\_ TAK / NIE

**7. Czy choruje Pan/i na choroby tarczycy?** \_\_\_\_\_ TAK / NIE

**8. Czy leczy się Pan/i na choroby układu nerwowego?**

• Padaczka \_\_\_\_\_ TAK / NIE

• Udar \_\_\_\_\_ TAK / NIE

• Inne \_\_\_\_\_ TAK / NIE

**9. Czy leczy się Pan/i na inne choroby przewlekłe?** \_\_\_\_\_ TAK / NIE

Jakie: .....

**10. Uczulenia:**

• Leki \_\_\_\_\_ TAK / NIE

Jakie: .....

• Soja \_\_\_\_\_ TAK / NIE

• Kontaktowe np.: plaster \_\_\_\_\_ TAK / NIE

**9. Czy jest Pani w ciąży lub karmi Pani piersią?** \_\_\_\_\_ TAK / NIE

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL/data urodzenia: .....

## Zgoda na analgosedację

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że po wypełnieniu powyższego formularza i przeprowadzeniu rozmowy z anestezyjologiem dotyczącej postępowania przed-, śród- i po analgosedacji, zrozumiałem/am wyjaśnienia i zadałem/am wszystkie interesujące mnie pytania w szczególności dotyczące rodzaju analgosedacji, jego zalet, wad oraz możliwości powikłań. Na moje pytania uzyskałem/am całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienia. Po wnikliwym namyśle wyrażam zgodę na zastosowanie proponowanego sposobu analgosedacji i wykonanie procedur związanych ze analgosedacją wyjaśnionych mi przez lekarza.

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie w sytuacji zagrożenia wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu lub utraty życia (np. przetoczenie płynów, dodatkowe wklucie dożylnie).

.....

(Data i czytelny podpis - imię i nazwisko Pacjenta/przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

## Oświadczenie lekarza

Kwalifikacja do analgosedacji / znieczulenia.....TAK/NIE

Oświadczam, że poinformowałam/em Pacjenta o planowanej analgosedacji, przedstawiłam/em informacje dotyczące analgosedacji, opisałam/em cel wykonania oraz sposób w jaki jest wykonywana, a także sposób postępowania po analgosedacji. Przedstawiłam/em alternatywne możliwości. Przedstawiłam/em przeciwwskazania, możliwe powikłania oraz ryzyka wynikające z analgosedacji. Umożliwiłam/em Pacjentowi zadawanie pytań i udzieliłam/em wszelkich potrzebnych informacji

Zapoznałem się z kwestionariuszem uzupełnionych przez pacjenta i nie stwierdzam przeciwwskazań do wykonania analgosedacji /znieczulenia.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

Administratorem danych osobowych jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678) ul. Szturmowa 2 (dalej jako: „Spółka”). Dane przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO. Dostęp do danych posiadac będą podmioty wspierające Spółkę w przeprowadzeniu jej codziennej działalności, pracujące w imieniu i na jej rachunek, w tym dostawcy zaopatrujący Spółkę w niezbędne rozwiązania techniczne i organizacyjne (m.in. systemy informatyczne, doradztwo prawne). W razie pytań lub potrzeby dodatkowych informacji prosimy o kontakt z naszym inspektorem ochrony danych pod adresem: daneosobowe@luxmed.pl. Informacja o przysługujących prawach oraz pouczenie o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego znajduje się na stronie internetowej: www.luxmed.pl oraz w każdej z placówek medycznych Spółki.