

# Informace před výkonem v analgosedaci a celkové anestézii



Vážená paní, vážený pane,

Váš odborný lékař Vám nebo Vašemu dítěti nabídl možnost provedení bolestivého zákroku v analgosedaci nebo v celkové anestézii.

**Vezměte na vědomí následující informace a tento z obou stran vyplněný, Vámi podepsaný leták přineste s sebou v den výkonu !**

- Dostavte se do zdravotnického zařízení **na lačno** (tj. 6 hodin bez jídla, tekutiny neomezovat, ale naposledy 3 hodiny před výkonem).
- **24 hodin nekouřit!**
- U dětí přineste vždy záznam o vyšetření před výkonem v celkové anestézii od dětského lékaře.
- Nepoužívejte v den výkonu mastné krémy, oční stíny, rtěnku.
- **Snímatelné ozdoby, šperky ponechte doma!**
- Při odvozu dětí po zákroku vlastním vozidlem je nutné, kromě řidiče, zajistit i doprovod k dítěti.
- Nejméně 24 hodin po výkonu v celkové anestézii platí zákaz činností vyžadujících zvýšenou pozornost (tj. řízení motor. vozidel, obsluha strojů, práv. úkony atd.). Děti vyžadují zvýšený dohled do plného vědomí.
- **Ze zdravotnického zařízení budete propuštěni pouze s doprovodem!**
- **Pokud máte jakékoliv obavy nebo otázky v souvislosti s výkonem v celkové anestézii, volejte tel.:**

602 246 578

Anesdent s.r.o.,  
MUDr. Jan Petřík - anesteziolog

**Potvrzuji svým podpisem, že uvedené skutečnosti budu respektovat, a že mi byly vysvětleny všechny okolností související s provedením výkonu v analgosedaci a v celkové anestézii.**

Jméno a příjmení: ..... Rodné č.: ..... Zdr. poj.: .....

Adresa: .....

U dětí souhlas rodiče: .....  
(jméno, příjmení)

Datum: ..... Podpis: .....

# Anesteziologický dotazník



Vyplňte prosím dle pravdy, za děti rodiče.

Byl(a) jste v poslední době léčen(a)? Pokud ano, uveďte pro jaké obtíže: .....

Jste těhotná? *ano / ne*

Užíváte léky, jaké? .....

Trpíte nebo prodělal(a) jste některé z těchto onemocnění?

- svalů nebo svalová slabost *ano / ne*
- srdce, poruchy rytmu *ano / ne*
- oběhové, cévní, záněty žil, vysoký tlak *ano / ne*
- plic a dýchacích cest (astma bronch.) *ano / ne*
- jater (žloutenka, cirrhosa) *ano / ne*
- ledvin (záněty, kameny, krev v moči) *ano / ne*
- cukrovka *ano / ne*
- štítné žlázy *ano / ne*
- očí (zelený zákal-glaukom, šedý zákal-katarakta) *ano / ne*
- nervové soustavy (mozkové příhody, obrny, epilepsie) *ano / ne*
- bolesti hlavy, migrény *ano / ne*
- duševní, deprese *ano / ne*
- poruchy srážlivosti krve *ano / ne*
- alergie *ano / ne*
- rýma, teplota, kašel nyní *ano / ne*

Kouříte? *ano / ne*

Kolik cigaret denně? .....

Kdy jste Vy nebo dítě naposledy před celkovou anestézií jedl(a)?

Den: ..... Čas: .....

Kdy jste Vy nebo dítě naposledy před celkovou anestézií pil(a)?

Den: ..... Čas: .....

Váha: ..... kg Výška: ..... cm

*Nehodící se škrtněte.* Datum: ..... Podpis: .....