



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: (αναγράψτε ή επικόλληση bar code)	ΗΛΙΚΙΑ: ΦΥΛΟ: <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΘΑΛΑΜΟΣ: ΚΛΙΝΗ: <input type="checkbox"/> ΕΠΕΙΓΟΝ <input type="checkbox"/> ΤΑΚΤΙΚΟ
----------------------------	--	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	<input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής <input type="checkbox"/> Συγγενής Βαθμός Συγγένειας <input type="checkbox"/> Άλλος (αναφέρετε, εξηγήστε)	Επώνυμο Όνομα Τηλέφωνο
--	--	---

Αιτία μη συγκατάθεσης του ιδίου του ασθενή:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς της αναισθησίας την οποία θα λάβω :

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού Αναισθησιολόγου:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω πράξης, καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία:

- (α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
- (β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις.
- (γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
- (δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Ημερομηνία :

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση