

Pacienta piekrišana medicīniskās procedūras Litotripsijas ESWL veikšanai

Vārds, uzvārds _____

Personas kods _____

Es (vai pacienta aizbildnis) _____ ar savu parakstu apliecinu, ka esmu saņēmis/-usi māsas/ārsta sniegto informāciju par plānoto litotripsijas procedūras veikšanu un sedoanalģēzijas saņemšanu tās laikā.

Esmu informēts/-a, ka nedrīkst ēst un dzert 4 stundas pirms procedūras veikšanas

Esmu informējis/-usi anesteziologu par blakus saslimšanām, alerģiskām reakcijām, ja tādas ir bijušas un regulāri lietotajiem medikamentiem asins šķīdinošiem preparātiem, asinsspiediena un sirdsdarbības regulējošiem medikamentiem, kā arī par zobu protēzēm (ja tādas ir) un sirds stimulatora esamību (ja tāds ir).

Esmu informēts/-a, ka veicot procedūru, ārsts izmantos nomierinošus un atsāpinošus narkotiskos medikamentus, kuri ietekmēs darba un koncentrēšanās spējas, tāpēc piekrītu, ka 12 stundas pēc narkotisko medikamentu saņemšanas, nevadīšu transporta līdzekli, nodrošināšu pavadoni, kas palīdzēs nokļūt mājās. Neveikšu darbības, kas prasa koncentrēšanos un var apdraudēt manu vai līdzcilvēku veselību un dzīvību, nelietošu alkoholu.

Esmu informēts/-a, ka retos gadījumos procedūras laikā var rasties neparedzēti apstākļi, kuri var mainīt tās gaitu.

⚠ Esmu informēts/-a, ka pirmajā dienā pēc procedūras var būt sarkans urīns un tā nav uzskatāma par komplikāciju, bet retos gadījumos procedūras laikā vai pēc tās var rasties stipras sāpes, drebuļi, paaugstināta ķermeņa temperatūra virs 37.5 tādus gadījumos nepieciešama ārstējošā ārsta konsultācija, vai jāsauc neatliekamā medicīniskā palīdzība zvanot pa tālruni 113

Pacienta: _____ (vārds, uzvārds) _____ (paraksts)

Datums: _____

Laiks: _____

