

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე

ფორმა NIV-300-8/ა

ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელშიც პაციენტი, პაციენტის ნათესავი, ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი (მეურვე ან ნდობით აღჭურვილი პირი) ადასტურებენ, რომ მათ სრულფასოვნად გააცნობიერეს მკურნალობის აუცილებლობა, მისი მეთოდები, პოტენციური რისკი, შესაძლო გართულებები, ოპერაციისშემდგომი და რეაბილიტაციური პერიოდის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და თავისებურებები. შენიშვნა:

ა) თუ, *პაციენტი* სად გონებაზეა, ადექვატურია, თანხმობას უშუალოდ თვითონ აწერს ხელს;

ბ) თუ, *პაციენტი* უკონტაქტოა ან არაადექვატურია, თანხმობას ხელს აწერს პაციენტის ნათესავი, პაციენტის კანონიერი წარმომადგინელი ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;

ბარათის ნომერი _____ განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

პაციენტის _____ სქესი: _____ ასაკი: _____ წ., ტელეფონის N: _____

(გვარი, სახელი)

მისამართი _____ პირადობის დამადასტურებელი საბუთი: _____

ოპერაციისწინა დიაგნოზი _____

ოპერაციის დასახელება _____

ოპერატორი _____ ანესთეზიოლოგი _____

(სახელი, გვარი)

(სახელი, გვარი)

ზოგადი ინფორმაცია გაუტკივარების შესახებ

ანესთეზიოლოგია გულისხმობს არა მხოლოდ გაუტკივარებას, არამედ ავადმყოფთა უსაფრთხოებას ქირურგიული მკურნალობის ძირითად ეტაპებზე ანუ პაციენტების შემოწმებას, კონსულტირებას და მომზადებას ანესთეზიისათვის, გაუტკივარებას ოპერაციასა და მის შემდგომ პერიოდში, ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგს და მართვას (გარეგანი სუნთქვა და რესპირატორული თერაპია, გულ-სისხლძარღვთაAlსისტემა, ძილი, ფსიქო-ემოციური სტატუსი და სხვა), პოსტოპერაციული პერიოდის მართ-ვას.

არსებობს გაუტკივარების შემდეგი სახეები: ზოგადი, რეგიონული და ადგილობრივი.

ზოგადი ანესთეზია არის ინტრავენური და ინჰალაციური.

ინტრავენური ანესთეზიის დროს პაციენტის ვენაში შეჰყავთ პრეპარატი, რომელიც იწვევს გაუტკივარებას და თრგუნავს პაციენტის ცნობიერებას. იგი გამოიყენება მცირე და საშუალო მასშტაბის ოპერაციე-ბის დროს. იგივე შედეგი შეიძლება მიღწეულ იქნეს ინჰალაციური ანესთეზიით, როდესაც პაციენტს ნილ-ბით ან საინტუბაციო მილის საშუალებით მიეწოდება ინჰალაციური ანესთეტიკი. რიგ შემთხვევაში ტარ-დება ზოგადი კომბინირებული ანესთეზია, რაც გულისხმობს ინტრავენური და ინჰალაციური ანესთეზიის კომბინაციას. ზოგადი ანესთეზია გამოიყენება ფართომასშტაბიანი ოპერაციების დროს.

რეგიონალური გაუტკივარების მეთოდებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია სპინალურ და პერიდურალურ ანესთეზიას, რომლის დროსაც ზურგის ტვინის არეში შეჰყავთ სხვადასხვა ხანგრძლივო-ბის მოქმედების ანესთეტიკები, რაც იწვევს ტკივილის, შეხების და ზოგიერთ შემთხვევაში შეყვანის ადგილიდან ქვევით, მოძრაობის დროებით გამოთიშვას. სპინალურ ანესთეზიას ზოგ შემთხვევაში ემატება ინტრავენური სედაცია და პაციენტს ოპერაციის დროს სძინავს. მიუხედავად პაციენტების ღიდი შიშისა, ამ სახის ანესთეზიის დროს, ზურგის ტვინის და მისგან გამომავალი ნერვების დაზიანება თითქმის გამორიცხულია.

გაუტკივარების შესაძლო გართულებები

მიუხედავად სრულფასოვნად ჩატარებული გაუტკივარებისა, არსებობს მოსალოდნელი გართულე-ბების ალბათობა. ნებისმიერი სახის გაუტკივარება დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან. სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი გაუტკივარების დროს შეადგენს 1:10000. ზოგადად, გაუტკივარების გამოსავალი არის კარგი, თუმცა მოსალოდნელია გარკვეული გართულებები, რომელთა რიცხვს განეკუთვნება:

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციისშემდ-გომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედე-გად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

ინსულტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციისშემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა: გულ-სისხლძარღვთა ან ცერებროვასკულარული დაავადებები, ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია, ასპირაციული პნევმონია, რომელიც შეიძლება განვითარდეს გადაუდებელი ოპერაციის, სავსე კუჭის და მუცლისშიდა წნევის მაღალი მაჩვენებლების (ორსულობის ან ნაწლავთა გაუვალობის) დროს ავთვისებიანი ჰიპერთერმია, რომელის დიაგნოსტირება წინასაოპერაციო პერიოდში ძალიან ძნელია გაუთვალისწინებელი ალერგიული რეაქციები მედიკამენტებსა და სისხლის კომპონენტებზე ნერვის შექცევადი ან შეუქცევადი დაზიანება რეგიონული გაუტკივარების დროს პნევმონია ან ატელექტაზი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს იმ პაციენტებში, რომლებსაც წარსულ-ში დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოვლინდა სასუნთქი გზების ინფექციები კბილების, ღრძილის, ტუჩების ან პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება გაუტკივარების პროცედურე-ბის ჩატარების დროს ყელის ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა გახანგრძლივებული ოპერაციების დროს სხვა მოულოდნელი შემთხვევითი დაზიანება, რომელიც ვერ იქნება ნავარაუდფი გაუტკივარების დაწყებამდე

ოპერაციის ჩასატარებლად არჩეული გაუტკივარების მეთოდი

ზოგადი ბალანსირებული გაუტკივარება

ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით

სპინალური გაუტკივარება

ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება

ეპიდურული გაუტკივარება

ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება

სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით

გამტარებლობითი გაუტკივარება

სხვა_____

დამატებითი შენიშვნები გაუტკივარების შესაძლო გართულების შესახებ: _____

ექიმი ანესთეზიოლოგი: _____

თანხმობა გაუტკივარებაზე

მე _____

(პაციენტი ან მისი თანშლუბი პირი _ მეითითოს პაციენტთაზ კაფშირი)

მცხოვრები: _____

(მისამართი)

პირადობის მოწმობა: _____

პირადი N _____

გადასტურებ, რომ:

- ანესთეზიოლოგმა მომაწოდა სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი გაუტკივარების და ოპერაციისწინა მომზადების შესახებ. საკვების მიღება უნდა შეწყდეს _____სთ-ზე. მე მზად ვარ შევასრულო ალ-ნიშნული მითითება
- მივანოდე ინფორმაცია ექიმს, ჩემთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადების და მედიკამენტე-ბის ან საკვების მიმართ ალერგიული რეაქციის შესახებ
- მქონდა შესაძლებლობა ანესთეზიოლოგთან მემსჯელა მოსალოდნელი გაუტკივარების შესახებ და მივიღე პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა კითხვაზე
- მქონდა საკმარისი დრო გადანწყვეტილების მისაღებად და ალტერნატიული ამრის მოსმენის საშუ-ალება
- საკუთარი ნებით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, ანესთეზიოლოგს უფლებას ვაძლევ ჩამიტაროს შესაბამისი გაუტკივარება
- თანახმა ვარ ჩამიტარდეს ქირურგიული ჩარევა მითითებულ პირობებში და ანესთეზიოლოგმა სა-ჭიროებისამებრ გამოიყენოს დამატებითი მეთოდები, მათ შორის განახორციელოს ჰემოტრანსფუ-ზია, რომლის შესაძლო გართულებებსაც ვაცნობიერებ
- უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს საკუთარი შეხედულებისამებრ ჩართოს გაუტკივარებაში ექთა-ნი, სანიტარი და სხვა საჭირო პერსონალი
- ვიტოვებ უფლებას, ანესთეზიის დაწყებამდე ნებისმიერ დროს, გავაუქმო აღნიშნული ხელშეკრუ-ლება
- გავეცანი აღნიშნულ დოკუმენტს და ჩემთვის ყველაფერი ნათელია.
- აღნიშნულ ხელშეკრულებას ხელს ვაწერ საკუთარი ნებითა და ნათელი ცნობიერებით.
- ინფორმირებული ვარ, რომ აღნიშნული ხელშეკრულება ძალაშია 72 საათის განმავლობაში

თანხმობას ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე და ანესთეზიოლოგად ვირჩევ _____

უარს ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე *(აღინიშნოს მიზეზი)* _____

პაციენტის (ან პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგინელი ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის)

ხელმოწერა _____ თარიღი: _____ დრო: _____