

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე

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, ოპერაციის შემდგომი და რეაბილიტაციური პერიოდის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და თავისებურებები.

შენიშვნა: ა) თუ პაციენტი საღ გონებაზეა, ადეკვატურია, თანხმობას უშუალოდ თვითონ აწერს ხელს;
ბ) თუ პაციენტი უკონტაქტია ან არაადეკვატურია, თანხმობას ხელს აწერს პაციენტის ნათესავი, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი:

პაციენტის გვარი, სახელი _____ სქესი _____ ასაკი _____

ბარათის ნომერი _____ განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

მისამართი _____

_____ ტელეფონის №: _____

პირადობის დამადასტურებელი საბუთი _____

ოპერაციის წინა დიაგნოზი _____

ოპერაციის დასახელება _____

ოპერატორი _____ ანესთეზიოლოგი _____

ზოგადი ინფორმაცია გაუტკივარების შესახებ

ანესთეზიოლოგია გულისხმობს არა მხოლოდ გაუტკივარებას, არამედ ავადმყოფთა უსაფრთხოებას ქირურგიული მკურნალობის ძირითად ეტაპზე, ანუ პაციენტების შემოწმებას, კონსულტირებას და მოზადებას ანესთეზიისათვის, გაუტკივარებას ოპერაციისა და მის შემდგომ პერიოდში, ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგს და მართვას (გარეგანი სუნთქვა და რესპირატორული თერაპია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, ძილი, ფსიქო-ემოციური სტატუსი და სხვა), პოსტოპერაციული პერიოდის მართვას.

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 ოპერაციების დროს. იგივე შედეგი შეიძლება მიღწეულ იქნეს ინჰალაციური ანესთეზიით, როდესაც პაციენტს ნიღბით ან საინტუბაციო მილის საშუალებით მიეწოდება ინჰალაციური ანესთეტიკი. რიგ შემთხვევაში ტარდება 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 ხანგრძლივობის 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 დიდი შიშისა, ამ სახის ანესთეზიის დროს ზურგის ტვინისა და მისგან გამომავალი ნერვების დაზიანება თითქმის გამორიცხულია.

გაუტკივარების შესაძლო გართულებები

მიუხედავად სრულფასოვნად ჩატარებული გაუტკივარებისა, არსებობს მოსალოდნელი გართულებების 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 ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები
- ინსულტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ 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 გაუვალბობის) დროს
- ავთვისებიანი ჰიპერთერმია, რომლის დიაგნოსტიკა 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 წარსულში დაუდგინდათ ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდათ სასუნთქი გზების ინფექციები
- კბილების, ღრძილის, ტუჩების ან პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება გაუტკივარების პროცედურების ჩატარების დროს
- ყელის ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა გახანგრძლივებული ოპერაციების დროს
- სხვა მოულოდნელი შემთხვევითი დაზიანება, რომელიც ვერ იქნება ნავარაუდები გაუტკივარების დაწყებამდე
- დამატებითი შენიშვნები გაუტკივარების შესაძლო გართულების შესახებ: _____

ოპერაციის ჩასატარებლად არჩეული გაუტკივარების მეთოდი

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ზოგადი ბალანსირებული გაუტკივარება | <input type="checkbox"/> ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება |
| <input type="checkbox"/> ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით | <input type="checkbox"/> სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით |
| <input type="checkbox"/> სპინალური გაუტკივარება | <input type="checkbox"/> გამტარებლობითი გაუტკივარება |
| <input type="checkbox"/> ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება | <input type="checkbox"/> სხვა _____ |
| <input type="checkbox"/> ეპიდურული გაუტკივარება | _____ |

ექიმი: _____

თანხმობა გაუტკივარებაზე:

მე, _____

(პაციენტი ან მისი თანხმობის პირი – მიეთითოს პაციენტთან კავშირი)

მცხოვრები _____

(მისამართი)

პირადობის მოწმობა _____

პირადი №

ვადასტურებ, რომ:

1. ანესთეზიოლოგმა მომაწოდა სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი გაუტკივარების და ოპერაციის წინა მომზადების შესახებ. საკვების მიღება უნდა შეწყდეს _____ სთ-ზე. მე მზად ვარ შევასრულო აღნიშნული მითითება.
2. მივაწოდე ინფორმაცია ექიმს, ჩემთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადების და მედიკამენტების ან საკვების მიმართ ალერგიული რეაქციის შესახებ.
3. მქონდა შესაძლებლობა ანესთეზიოლოგთან მემსჯელა მოსალოდნელი გაუტკივარების შესახებ და მივიღე პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა კითხვაზე.
4. მქონდა საკმარისი დრო გადაწყვეტილების მისაღებად და ალტერნატიული აზრის მოსმენის საშუალება.
5. საკუთარი ნებით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, ანესთეზიოლოგს უფლებას ვაძლევ ჩამიტაროს შესაბამისი გაუტკივარება.
6. თანახმა ვარ ჩამიტარდეს ქირურგიული ჩარევა მითითებულ პირობებში და ანესთეზიოლოგმა საჭიროებისამებრ გამოიყენოს დამატებითი მეთოდები, მათ შორის, განახორციელოს ჰემოტრანსფუზია, რომლის შესაძლო გართულებებსაც ვაცნობიერებ.
7. უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს საკუთარი შეხედულებისამებრ ჩართოს გაუტკივარებაში ექთანი, სანიტარი და სხვა საჭირო პერსონალი.
8. ვიტოვებ უფლებას, ანესთეზიის დაწყებამდე, ნებისმიერ დროს, გავაუქმო აღნიშნული ხელშეკრულება.
9. გავცანი აღნიშნულ დოკუმენტს და ჩემთვის ყველაფერი ნათელია.
10. აღნიშნულ ხელშეკრულებას ხელს ვაწერ საკუთარი ნებითა და ნათელი ცნობიერებით.
11. 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 წარმომადგენლის ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის,

ხელმოწერა _____

თარიღი _____

დრო _____