

Imię i Nazwisko pacjenta:

PESEL/ Data urodzenia:

Szanowny Pacjencie

W dniu planowany jest u Pani/Pana zabieg operacyjny/badanie połączone z koniecznością wykonania znieczulenia lub sedacji – podanie leku silnie uspokajającego i nasennego.

Wspomniany zabieg i znieczulenie lub sedacja, wykonane zostaną w trybie ambulatoryjnym (dziennym). W związku z powyższym zwracamy uwagę na konieczność zastosowania się do niżej wymienionych zaleceń:

- przyjmowanie pokarmów i płynów do 6 godzin **przed** planowanym znieczuleniem lub sedacją,
- palenie tytoniu dozwolone jest do godz. 24:00 dnia poprzedzającego zabieg,
- powstrzymanie się od jedzenia i picia przez 2 godziny **po** znieczuleniu/sedacji,
- w związku z oddziaływaniem leków stosowanych podczas znieczulenia lub sedacji na koordynację ruchową, zdolność koncentracji i sprawność umysłową w szerokim tego słowa znaczeniu – **NIE zaleca się przez 24 h po wykonaniu znieczulenia/sedacji:**
 - ✓ prowadzenia pojazdów mechanicznych (samochód, motocykl, rower) ze względu na resztkowe działanie silnych leków nasennych, uspokajających i narkotycznych,
 - ✓ podejmowania jakichkolwiek ważnych życiowo decyzji,
 - ✓ pozostawiania bez opieki osoby dorosłej zarówno podczas powrotu po badaniu, jak i pobytu w domu.

Na badanie należy zgłosić się z osobą towarzyszącą lub zapewnić sobie odbiór po badaniu przez osobę dorosłą.

Numer telefonu osoby towarzyszącej:

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza