

Viešoji įstaiga „VILNIAUS GIMDYMO NAMAI“
Tyzenhauzų g. 18A, LT-02106 Vilnius, tel.: +370 5 2623482
Kodas: 124368392

NĖŠČIŲJŲ PRIĖMIMO IR GIMDYMO SKYRIUS, tel. +370 5 2695063

SUTIKIMAS NUSKAUSMINIMO PROCEDŪRAI

Numatomas nuskausminimo procedūros būdas:

- ☐ bendras (bendrinė anestezija): bendras intubacinis, bendras per kaukę, bendras veninis (*reikiamą pabraukti*);
- ☐ regioninis: epidūrinis, spinalinis (*reikiamą pabraukti*);
- ☐ periferinių nervų blokados;
- ☐ vietinis.

Numatoma procedūros data: 20__ m. _____ mėn. ____ d.

(Sveikatos priežiūros specialisto, atliksiančio nuskausminimo procedūrą, profesinė kvalifikacija, vardas, pavardė)

Aš, _____
(pacientės vardas, pavardė, amžius)

patvirtinu, kad:

1. susipažinau su 2026 m. rugpjūčio 31 d. įsakymu Nr. V-89 patvirtintame Informaciniame lape apie nuskausminimo procedūrą nurodyta informacija ir ją supratau;
2. turėjau galimybę užduoti gydytojui klausimus ir gauti į juos atsakymus.
3. man paaiškinta, kad, įvertinus mano sveikatos būklę, man yra galimos šios papildomos komplikacijos:

Įvertinęs (-usi) visą gautą informaciją:

1. sutinku, kad man būtų atliktas bendras nuskausminimas, regioninis nuskausminimas, periferinių nervų blokados ar vietinis nuskausminimas (*reikiamą pabraukti*). Sutinku, kad esant būtino reikalingumo situacijai gydytojas keistų nuskausminimo būdą ir metodą.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ laikas _____

- Atsisakau nuskausminimo procedūros. Aš buvau informuotas (-a), kad dėl to pasunkės gydymas, arba jis bus visai neįmanomas. Dėl to gali iškilti grėsmė mano sveikatai ar net gyvybei.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ laikas _____

Pastabos.

(Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojo, užpildžiusio formą, vardas, pavardė, pareigos, data ir laikas)