

## INFORMACJA DO ZNIECZULENIA (TRYB AMBULATORYJNY)

Imię i Nazwisko pacjenta: .....

PESEL/ Data urodzenia: .....

### Szanowny Pacjencie

W dniu ..... planowany jest u Pani/Pana zabieg operacyjny/badanie połączone z koniecznością wykonania znieczulenia.

Wspomniany zabieg i znieczulenie wykonane zostaną najprawdopodobniej w trybie ambulatoryjnym (dziennym). W związku z powyższym zwracamy uwagę na konieczność dostosowania się do niżej wymienionych zaleceń anestezjologa:

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

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza