

HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT
ALTATÁSBAN VÉGZETT BEAVATKOZÁSHOZ

TULAJDONOS ADATAI

Név:

Telefonszám:

ÁLLAT ADATAI

Név:

Testtömeg:

Faj:

Műtéti ruha: **IGEN** **NEM**

Fajta:

Gallér: **IGEN** **NEM**

Kor:

Nem szükséges

Nem:

GYÓGYSZER ALLERGIA:

A beavatkozás előtt a vérvétel lehetőségét felajánlották, mely lehetőséget:

IGÉNYBE VETTEM

NEM VETTEM IGÉNYBE

Alulírott Tulajdonos egyetértek azzal, hogy a fent megnevezett háziállatomon a következő beavatkozásokat elvégezzék:

.....

Operáción/altatásban végzett vizsgálaton kívül a következő plusz szolgáltatásokat kérheti, mely plusz költséggel járnak:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> RTG felvétel | <input type="checkbox"/> Fültisztítás |
| <input type="checkbox"/> Karomvágás | <input type="checkbox"/> Mikrochip beültetés |
| <input type="checkbox"/> Bűzmirigy ürítés | <input type="checkbox"/> Külső laborvizsgálat |
| <input type="checkbox"/> Fogkő eltávolítás | <input type="checkbox"/> Egyéb: |

- **Tájékoztattak a beavatkozás természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az esetleges kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, a műtét körüli időszak eseményeiről.**
- **A műtéti és altatási kockázatról felvilágosítottak és az azzal járó költségeket vállalom.**

.....

Helyiség, dátum

.....

Tulajdonos/Meghatalmazott

Anesztezia monitor

Páciens ID:							
Kor:		Faj/fajta:					
Tömeg:		Ivar: hím nőstény ivartalan					
Anesztésia:		Doktor:		Asszisztens:			
ASA:	I	II	III	IV	V	E	
Műtét típusa:							

Aneszteziai terv:

Premedikáció/Peri-OP. gyógyszer	ML	Beadás módja	Időpont
Premed hatás: nincs enyhe közepes kifejezett			
Indukció gyógyszer	ML	Beadás módja	Időpont

Kanül mérete:		Tubus mérete:		Periop ATB:	
Légzőkör:	kicsi nagy	Intubálás nehézsége:	nehéz könnyű		

Megjegyzés: _____

Aneszt. Start:

Aneszt. Vége:

Op. Bemetszés:

OP. Vége:

Melegítés:

Idő						
Oxigénszat (SPO2)						
PR légzésszám (/perc)						
HR (EKG) (/perc)						
Vérnyomás (középtérték (Hgmm))						
O2 (L) (%)						
Temp.						
KTI (mp)						
Nyálkahártya						
ISO						

Infúzió: ml/óra

Extubálás:

Intra-op események	Leírás	Gyógyszer (dózis, beadás módja)	Összegzés
Post-op fájdalom skála	Ébredés minősége	Post-op fájdalomcsillapítás/szedáció	
10 /	kielégítő lassú hangadás		

kötés

RTG

émelygés

vérzés

Egyéb: _____

