



Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 155 00 Praha 5, IČ:00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ANALGOSEDACE PRO VYŠETŘOVACÍ NEBO LÉČEBNÝ VÝKON

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

•

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Analgosedace – podání analgetik (léků na bolest) a sedativ (tlumících léků) obvykle nitrožilně (případně ústy, rektálně, sprejovou nosní aplikací či inhalačně) slouží k šetrnějšímu způsobu provádění vyšetřovacích či léčebných výkonů, které pak probíhají bezbolestně, pacient je v lehkém umělém spánku, kdykoliv probuditelný. Chybí adekvátní odpověď na verbální a fyzické podněty. Pacient je po dobu analgosedace do plného probuzení pečlivě monitorován. V rámci léčby daného onemocnění je obvykle nutné analgosedaci provádět opakovaně.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Podle hloubky sedace může dojít až k ztrátě ochranných reflexů, pacient není schopen udržet volnou průchodnost dýchacích cest. Funkce kardiovaskulárního systému je většinou zachována. Možné komplikace: zejména neklid, porucha dýchání, zvracení a porucha srdečního rytmu.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Provedení vyšetření/léčebného výkonu v celkové anestézii.

5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: v den podání zvýšený dohled, podání může nepříznivě ovlivnit schopnost činností vyžadující zvýšenou pozornost, motorickou koordinaci a rychlé rozhodování (např. řízení vozidel, ovládání strojů, práce ve výškách apod.), a proto nesmí léčení pacienti uvedené činnosti v den podání vykonávat.

Předpokládaná doba hospitalizace: v souvislosti s výkonem není nutná, výkon lze provést i ambulantně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 den

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: v souvislosti s výkonem nejsou žádné, pouze v den podání.

6. *Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):*

Je nezbytné, aby zákonný zástupce/pacient zajistil osobě jím zastupované/vlastní osobě transport z nemocnice a doprovod. Je sděleno telefonické spojení na Klinikou dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol. Do 24 hodin od analgosedace se pacient nesmí věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost. Do 24 hodin od analgosedace pacient nesmí požívat alkoholické nápoje nebo jiné návykové látky.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným výkonem.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas můžu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis pacienta*/zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
 Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
 Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
 Jméno a příjmení svědka

.....
 Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.