



Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE (EKT)

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

•

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

- EKT je neinvazivní stimulační léčebnou metodou určenou především k léčbě závažných forem poruch nálady a některých psychotických onemocnění. Aplikuje se obvykle 2 x týdně a celkový počet výkonů je závislý na průběhu léčby, nejčastěji pacient podstupuje 6 – 12 výkonů. Během léčby dochází k přímé elektrické stimulaci nervových buněk a změnám v systémech nervových přenašečů a jejich receptorů i změnám v prokrvení mozku.
- Elektrokonvulzivní léčba je prováděna v krátkodobé celkové anestezii, ke které je užíváno nitrožilního podání léků navozujících spánek a svalovou relaxaci a vyřazujících vnímání bolesti.
- Proti medikamentózní léčbě je výhodou rychlejší nástup účinku (obvykle do 2. týdne, zatímco efekt léků nastupuje až po 2 – 4 týdnech) a účinnost i u nejzávažnějších forem základního psychiatrického onemocnění, jež se nedaří ovlivnit jinými léčebnými přístupy.
- EKT předchází pediatrické nebo interní vyšetření včetně pořízení EKG a odběru krve a vyšetření očního pozadí. Před výkonem v celkové anestezii je třeba omezení příjmu potravy a tekutin (pacient před výkonem nesmí jíst od půlnoci do samotného výkonu a nepije podle pokynů anesteziologa obvykle 2 – 3 hodiny před výkonem).
- Ráno je aplikována premedikace a pacient je převezen na zákrokový sálek. Před převozem je nutné odložit veškeré šperky a je nutné odlakování nehtů.
- Po pohovoru s anesteziologem, kterému by měl pacient sdělit všechny jemu známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh výkonu (užívané léky, alergie, přidružená onemocnění), je zavedena nitrožilní kanyla a následně anesteziologem podány léky, které navodí spánek a relaxaci.
- Následuje samotná stimulační léčba trvající obvykle 20 – 25 vteřin, pacient pak zůstává pod dohledem až do odeznění účinku anestetik a je následně převezen zpět na oddělení. Strava a tekutiny jsou opět podány až po úplném odeznění účinku léků podaných během EKT.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- V souvislosti s anestezií se mohou vyskytnout některé nežádoucí účinky, patří k nim především bolest hlavy, nevolnost či zvracení a přechodná ospalost. Četnost výskytu závažných komplikací, včetně život ohrožujících, vznikajících v souvislosti s anesteziologickým postupem nebo s komplikujícími onemocněními (např. alergická reakce, selhání dýchání či krevního oběhu, selhání ledvin nebo jater) je u plánovaných výkonů malá.
- Mezi nežádoucí účinky v přímé souvislosti s EKT patří bolest hlavy, přechodné zhoršení paměti a schopnosti orientace, mohou se také vyskytnout bolesti svalstva. Vzácné poruchy srdečního rytmu zaznamenané po EKT nejsou významně častější a závažnější než u běžné populace.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Alternativně lze doporučit úpravu farmakologické léčby ve smyslu změny dávkování či kombinace léčiv.

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 doba hospitalizace a předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): je závislá na vývoji základního onemocnění.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: EKT není prováděno ambulantně, je nutná hospitalizace. Krátkodobé omezení před výkonem (lačnění) a po výkonu (dohled při odeznívání účinku anestetika) souvisí s aplikací anestezie.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: se samotným výkonem nesouvisí změny zdravotní způsobilosti.

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

- Výkon není kromě výše uvedeného postupu spojen se zvláštním režimem, léčebný režim vyplývá ze základního onemocnění.

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 způsobem anestezie (sedace), bude-li použita.

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, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), 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 lékaři 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 mohu 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, uvede 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:

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