



Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 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 KAUDÁLNÍ OBSTŘÍK

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

- Bolestivý útlak nervových struktur v páteřním kanálu.

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

- Kaudální obstřik je léčebná metoda, využívaná u pacientů s útlakem nervových struktur v páteřním kanálu (např. výhřezem meziobratlové ploténky či kostěnými výrůstky). Cílem je léčba bolesti a příznaků z útlaku nervů (poruchy cití a hybnosti).
- Provádí se vpichem speciální jehly do malého otvoru na konci křížové kosti. Poté se do páteřního kanálu pomalu aplikuje 20 – 50 ml směsi lokálního anestetika (látka pro znecitlivění), kortikoidů (hormonální přípravek) a sterilní vody či fyziologického roztoku.
- Během aplikace se může objevit pocit tlaku až bolesti v zádech, hýždích a v dolních končetinách.
- Hlavní léčebnou složkou jsou zde kortikoidy, které v postiženém místě tlumí zánětlivou reakci a urychlují vstřebání otoku. Účinky obstřiku (zmírnění bolesti, zlepšení hybnosti a cití) se obvykle objeví nejpozději do 48 hodin, trvání efektu je individuální podle míry útlaku nervů. Obstřiky se provádí obvykle opakovaně (nejčastěji 3 x za sebou) v intervalu 1 x týdně v období 1 měsíce.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Mezi hlavní rizika patří zejména alergická reakce na podané látky, přechodný pokles krevního tlaku, celková slabost, pocit na zvracení, krátkodobé oslabení a znecitlivění dolních končetin, v krajním případě i přechodná porucha funkce svěrače.
- Dále se mohou objevit poruchy spánku, zarudnutí obličeje, zvýšená teplota, v místě vpichu může dojít k bolestem, otoku, ztrátě pigmentu (zesvětlení) kůže a atrofii vaziva podkoží.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Nejsou žádná alternativní řešení a dále pokračuje konzervativní terapie.

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:*

- V den obstřiku se doporučuje klidový režim.
- V den obstřiku se nedoporučuje řídit motorové vozidlo.
- Odvoz z nemocnice je nezbytné zajistit dopředu prostřednictvím rodinných příslušníků či taxi-služby, event. zdravotnickou dopravní službou, pokud pro to budou splněny podmínky.

Předpokládaná doba hospitalizace: výkon se provádí ambulantně nebo v rámci hospitalizace na lůžkové stanici jako součást léčebného plánu.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): podle základního onemocnění lze provést i ambulantně. Výkon trvá 30 – 60 minut a následuje 2 – 3 hodinová monitorace stavu pacienta.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: žádná.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: změny zdravotní způsobilosti se nepředpokládají, ale nelze je vyloučit.

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

- Viz bod 5.

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 anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne20..... 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 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 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, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne20..... v.....hod.
Podpis pacienta* /zákonného zástupce (ZZ)

Další obstřiky:

V Praze, dne20..... v.....hod.
Podpis pacienta/ZZ Podpis a jmenovka lékaře

V Praze, dne20..... v.....hod.
Podpis pacienta/ZZ Podpis a jmenovka lékaře

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 rozumově a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.