



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 EPIDURÁLNÍ NEBO SUBARACHNOIDÁLNÍ PUNKCE S PODÁNÍM ANESTETIKA / OPIÁTU

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

•

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

- Účelem výkonu je aplikace anestetika event. opiátu. Povahou se jedná o výkon krátkodobý, prováděný v krátkém místním znecitlivění. Následkem výkonu je úleva pacienta od bolesti.
- Vpich se provádí jehlou v oblasti páteře tak, abychom cíleně vyvolali anestezii nebo analgezii předem určené oblasti, výkon se nejčastěji provádí v bederní části páteře. Pokud se provádí epidurální vpich, aplikuje se látka v oblasti páteřního kanálu nad tvrdou plenu, pokud jde o subarachnoidální aplikaci, pronikáme jehlou přes tvrdou plenu do mozkomíšního moku. Epidurální aplikace má nástup účinku až desítky minut, po subarachnoidální aplikaci nastupuje efekt okamžitě.

3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- Krvácivé komplikace.
- Zánětlivé komplikace.
- Alergická reakce (místní, celková).
- Bolest v místě zákroku.
- Celková nevolnost.
- Oběhové komplikace.
- Neurologické komplikace.
- Reakce na aplikovaná léčiva.
- Technické komplikace spojené s výkonem, únik mozkomíšního moku.

Tyto komplikace jsou velmi řídké a výkon obvykle probíhá zcela bez komplikací. Přínos výkonu výsoce převyšuje uvedená rizika.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Nejsou žádná alternativní řešení.

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: 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.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: po epidurálním a subarachnoidálním vpichu s aplikací látky je nutné sledování životních funkcí pacienta asi 3 hodiny a v tomto období nesmí pacient vstávat z lůžka. Celý den by měl zachovávat klid na lůžku.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: podle základního onemocnění.

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

- V případě podezření na krvácivá onemocnění nebo deformity páteře se před výkonem doplňuje laboratorní hemokoagulační vyšetření, resp. cílené RTG vyšetření páteře.
- Po výkonu musí mít pacient zajištěn odvoz v doprovodu rodinných příslušníků či sanitou.

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