



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 INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTEZIE A OBŠTRÍKY S APLIKACÍ STEROIDŮ

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 krátkodobé znecitlivění místa nebo ovlivnění bolestivých zón. Povahou je výkon krátkodobý a minimálně bolestivý.
- Injekce se provádí do měkkých tkání k cílové struktuře tenkou jehlou po dezinfekci kůže. K cílové struktuře se aplikuje lék.
- Pokud se jedná o obštrík nervu, nervové pleteně či nervového kořene, je možné použít neurostimulátor k přesnějšímu určení nervové struktury. Při jeho použití pacient cítí drobné brnění vyvolané přístrojem. Po výkonu následuje sterilní ošetření vpichu.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

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.

Tyto komplikace jsou velmi řídké a výkon obvykle probíhá zcela bez komplikací. Přínos výkonu vysoce 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: 7 dní.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 0 dní.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: omezení se nepředpokládají.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nejsou.

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

- Po obštríku nervu, nervové pleteně či kořene je pacient krátkodobě sledován pro možný vznik nežádoucích účinků.
- Obštrík je možno opakovat, dle efektu, druhu onemocnění a rozhodnutí lékaře. V období 1 měsíce.

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

Další obštríky:

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.