



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 ZAVEDENÍ EPIDURÁLNÍHO KATÉTRU NEBO ZAVEDENÍ OBDOBNÉHO KATÉTRU PRO POKRAČUJÍCÍ ANALGEZII NEBO ANESTÉZII

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 zavedení epidurálního či obdobného katétru k pokračující aplikaci anestetika event. opiátu. Povahou se jedná o výkon krátkodobý, prováděný v krátkém místním znecitlivění. Následkem výkonu je úleva pacienta od bolesti.
- V poloze vsedě nebo na boku se provádí vpich do páteřního kanálu (epidurální prostor). Přes jehlu se zavádí do páteřního kanálu tenká hadička (katétr) k opakovanému podávání léku. Katétr se přišívá na kůži v místě vpichu a následně se vyvede do oblasti břicha nebo ramene, je zakončen bakteriálním filtrem. V případech, že plánujeme propuštění pacienta se zavedeným katétrem, zavádíme hadičku v celém průběhu do podkoží. Obdobný katétr se zavádí, pokud provádíme pokračující analgezii v oblasti nervů, nervových kořenů a pletení.

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 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: 7 – 14 dní.

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 aplikaci analgetické látky do katétru musí pacient minimálně 45 minut setrvat v klidu bez dalších pohybových aktivit.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: žádné.

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

- Pacient nesmí při péči o katétr event. aplikaci katétr vytáhnout nebo jinak poškodit, musí dodržovat základní pravidla sterility při ošetřování katétru a bakteriálního filtru dle instrukcí ošetřujícího lékaře.
- Jedenkrát týdně je pacient objednan na kontrolní vyšetření ke sledování celistvosti systému, jeho průchodnosti, funkce a výměně bakteriálního filtru.

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.

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

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 jím 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.