



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 TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACE STEJNOSMĚRNÝM PROUDEM

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

- ☐ Deprese.
- ☐ Schizofrenie.
- ☐ Závislost na alkoholu.
- ☐ Fibromyalgie.
- ☐ Migréna.
- ☐ Stav po CMP.
- ☐ Motorické a kognitivní příznaky Parkinsonovy nemoci.
- ☐ Chronická neuropatická bolest.
- ☐ Jiné: _____

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

- Transkraniální stimulace jednosměrným proudem (tDCS) je neuromodulační metoda neinvazivní mozkové stimulace, která využívá aplikaci jednosměrného proudu o nízké intenzitě přes kůži na hlavě.
- Proud způsobuje změny v nervových buňkách pod místem umístění elektrody, které jsou podkladem léčebného efektu. Jde proto o neinvazivní ošetření, při kterém cítíte pouze lehké brnění na hlavě.
- Ošetření tDCS stimulací zahrnuje celkem 5 sezení po 20 minutách. Před výkonem nejsou od Vás vyžadovány žádné speciální postupy, žádoucí je však jednorázové provedení vyšetření mozku magnetickou rezonancí, která umožňuje zpřesnit lokalitu, v níž dochází ke stimulaci.
- Před výkonem odložíte kovové šperky a jiné předměty, které by jinak mohly být zmagnetizovány (hodinky, mobilní telefony, naslouchadla, kreditní či jiná čipová karta). Výkon probíhá v poloze vsedě.
- Vlastní průběh stimulace je nebolestivý, jde o neinvazivní metodu.
- Stimulace může vyvolat tinnitus (hučení v uších) bez poškození sluchu. Je vhodné mít s sebou žvýkací gumu (zamezuje cvakání zubů při stimulaci drážděním měkkých struktur hlavy). Pro ukrácení chvíle si můžete vzít něco ke čtení, také je možné relaxovat nebo spávat. Pokud se během léčby nebudete cítit dobře, je možné léčbu kdykoli přerušit. Účinek stimulace „nabíhá“ i po ukončení aktivní léčby.
- K ustálení stavu dochází v řádu týdnů po ukončení stimulace.

3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- Nejčastějším nežádoucím účinkem mohou být mírné bolesti hlavy v místě stimulace a bolesti krku reagující na běžná analgetika. Zcela ojediněle byl zaznamenán výskyt epileptických záchvatů.
- Kontraindikace TDCS:
 - u pacientů, kteří se léčí s epilepsií nebo prodělali epileptický záchvat v minulosti;
 - implantované elektronické přístroje, zejména kochleární implantát pro stimulaci sluchového nervu a implantovaný kardiostimulátor.
- Při vlastní stimulaci můžete cítit brnění v místě přiložené elektrody, výjimečně i tinnitus – pískání v uších.
- Tyto projevy jsou přechodné a mizí po ukončení stimulace. Při jejich vysoké intenzitě je možné stimulaci ukončit předčasně.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Jako alternativu tDCS lze doporučit medikamentózní léčbu.

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): pracovní neschopnost není potřebná, ošetření trvá i s přípravou maximálně hodinu.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: nepředpokládáme omezení běžného způsobu života.

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):

- Zvláštní režimová opatření nejsou potřebná.
- Stimulace se neprovádí, pokud trpíte akutním onemocněním např. infekcí nebo jinou indispozicí.

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.

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