



Klinika dětské hematologie a onkologie 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 PACIENTEM KONTROLOVANÁ LÉČBA BOLESTI (PCA)

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

- Silné bolesti při zánětu sliznic (mukositidě, cystitidě apod.) po chemoterapii anebo ozařování.
- Jiné: \_\_\_\_\_

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

#### • **Co je to PCA?**

PCA (z angl. Patient-Controlled Analgesia) je metoda, která umožňuje pacientovi podávat si samoobslužně lék proti bolesti – tzv. analgetikum, který je předepsán lékařem pro zvládnutí silné bolesti při zánětu sliznic po chemoterapii anebo po ozařování. Při bolesti, jejíž sílu si pacient sám zhodnotí, si může podat dávku léku proti bolesti ze zásobníku dávkovače. Pro podání tohoto léku používáme dávkovač (pumpu) PCA Baxter. Dávku léku proti bolesti si může pacient v případě potřeby opakovaně podat tak, aby bolest nebyla silná a umožnila mu pohyb, dechová cvičení, kašel, přijímání vhodné stravy a tekutin apod.

PCA je v současné době celosvětově uznávaná jako velmi účinná a pro pacienty (včetně dětí) nejlépe vyhovující metoda pro zvládnutí silné bolesti. Lze ji doporučit u dobře spolupracujících dětí již od šesti let věku, individuálně i u mladších dětí.

#### • **Jak rychle PCA působí?**

Pokles síly bolesti se dostaví za pár minut po podání jednotlivé dávky léku proti bolesti přímo do žíly, zároveň může (hlavně podle dávky a užitého léku) způsobit mírnou spavost.

#### • **Odstraní PCA bolest úplně?**

PCA bolest nemusí úplně odstranit. Avšak opakovaným podáním malé dávky analgetika – tedy metodou PCA – lze dosáhnout velmi nízké úrovně bolesti bez rizika podávání příliš vysokých dávek. Pokud při této léčbě budete mít dojem, že léčba je nedostatečná (bolest je subjektivní pocit) obraťte se na ošetřujícího lékaře či sestru, kteří budou problém řešit.

#### • **Lze se předávkovat při použití metody PCA?**

Nelze. Velikost jednotlivé dávky léku proti bolesti a časový odstup mezi jednotlivými dávkami jsou nastaveny tak, aby při použití předepsaného léku nedošlo k předávkování.

#### • **Na koho se mám obrátit s problémem týkajícím se bolesti?**

S jakýmkoliv problémem, který se týká léčby bolesti (včetně metody PCA), se obraťte na ošetřující zdravotní sestru nebo na lékaře. Zvládnutí a/nebo předcházení bolesti patří mezi prvořadé úkoly ošetřujících lékařů a sester. Naším cílem je zmírnit bolest pacienta na nejnižší možnou míru tak, aby rizikové období znamenalo klidný spánek a bezbolestnost při rehabilitaci a pohybu.

### 3. **Rizika zdravotního výkonu jsou zejména:**

Žádný silný lék proti bolesti není bez možných vedlejších účinků. Při použití PCA pumpy jsou však vedlejší účinky menší než při jednorázovém podání větší dávky léku proti bolesti. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří zejména nevolnost až zvracení, únava až spavost, svědění kůže, zácpa.

### 4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- Podávání léků tišících bolest běžným způsobem.

### 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 a předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* není spojena s PCA, ale s intenzitou a délkou trvání obtíží, pro které je PCA použita.

**Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:** Tato léčebná metoda má naopak snížit omezení způsobená bolestí, má umožnit pohyb, účinné odkašlávání, přijímání vhodné stravy a tekutin apod.

**Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:** změny zdravotní způsobilosti v důsledku PCA se nepředpokládají.

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

V průběhu léčby ošetřující lékař a sestra kontrolují, zda jsou velikost jednotlivé dávky a časový odstup mezi jednotlivými dávkami nastaveny tak, aby léčba bolesti byla dostatečná a aby na druhou stranu nedošlo k předávkování předepsaného léku.

**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: .....

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volné vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.