



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 OBSTŘÍK PERIFERNÍHO NERVU

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

- Postižení periferního nervu ischemicko – kompresivního původu (mononeuropatie kompresivního původu).

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

- Zdravotní výkon se provádí při postižení periferního nervu k ovlivnění příznaků provázejících toto postižení – mezi hlavní příznaky patří bolesti, pocity brnění, trnutí, dřevěnění v inervačním areálu příslušného periferního nervu.
- Výkon spočívá v aplikaci léčebné směsi do blízkosti periferního nervu.
- Obstřík přispívá k regeneraci postiženého periferního nervu a ústupu bolesti nebo jiných nepříjemných pocitů. Odstranění bolesti přispívá ke zlepšení pohyblivosti a funkce příslušné postižené končetiny.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- U výše uvedeného výkonu může v místě aplikace dojít k přechodnému a krátkodobému zvýšení lokální bolestivosti nebo bolestivosti v příslušném inervačním areálu, zarudnutí kůže, zvýšení kožní teploty, lokálnímu otoku.
- Výjimečně může dojít k alergické reakci na aplikovanou léčebnou směs, která se projevuje nejčastěji kožními lokálními příznaky (svědění, kopřivka, zarudnutí, otoky, puchýře) nebo kožními celkovými příznaky.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Metody fyzikální terapie: magnetoterapie, elektroterapie, laser, vodoléčba.

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: hospitalizace se v souvislosti s uvedeným výkonem nepředpokládá.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): pracovní neschopnost není třeba.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: doporučuje se 1 – 2 dny po aplikaci dodržovat převážně klidový režim s vyloučením fyzické zátěže a zejména šetření končetiny, kde byl výkon prováděn.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: změny zdravotní způsobilosti se nepředpokládají.

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

- Součástí léčebného režimu je omezení pohybové aktivity. Při nedostatečném efektu obstříku, nebo při recidivě obtíží, lze obstřík s časovým odstupem opakovat.

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 lékařem 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.