

Informovaný souhlas s obstřiky

Poj.:	Strana
DG:	
Č.chorobopisu:	

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

Vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce /opatrovník pacienta

Jméno a příjmení:

Trvalé bydliště:

Kontaktní telefon:

Vztah k pacientovi:

.....
Lékař, který provedl poučení (jmenovka
- tiskne se z Akordu):

Indikace výkonu

- Blokáda periferního nervu
- Kořenová blokáda
- Blokáda bolestivých míst
- Znečitlivění v oblasti šlachosvalových úponů
- Blokáda ganglion stellatum
- Blokáda křížokýčelního skloubení
- Aplikace léčiva do kloubu

Vážená paní, vážený pane, na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován/doporučen lékařský výkon

Proč doporučujeme tento výkon?

Účelem tohoto výkonu je zmírnění bolesti. Jedná se o formu výkonu, kdy se v dané cílové oblasti pomocí jehly podávají léky k tišení bolesti (místní anestetika, analgetika) a léky k potlačení zánětu (kortikosteroidy).

Postup výkonu

Zárok se provádí většinou vleže na břicho nebo na boku. V této poloze lze nejlépe vyhmátat budoucí místo k zavedení speciální jehly. Dále - po desinfekci následuje vpich tenkou jehlou a znecitlivění kůže a podkoží malým množstvím místního anestetika. V tomto místě je následně zaváděna jehla do určeného prostoru. Během zavádění jehly je nutná spolupráce - nehybnost, hlášení event. nepříjemných pocitů. Jehlou jsou pak podány postupně příslušné léky (nejčastěji místní anestetikum a kortikosteroid) k danému účelu. Bezprostředně po aplikaci je jehla samotná odstraněna. Aplikaci léků provádí personál k tomuto výkonu speciálně vyškolený. Zároveň je školený v řešení eventuálních komplikací. K provedení jakékoliv z technik místního znecitlivění je mj. potřeba Vaší spolupráce [zaujetí správné polohy, informování algeziologa o vjemech při aplikaci, nehybnost v krátkých časových úsecích aplikace léků] - jako jednoho ze základních předpokladů úspěšného a bezpečného zajištění místního znecitlivění a prevence vzniku komplikací.

Režim pacienta před výkonem

Před výkonem je třeba informovat lékaře, zda netrpíte zvýšenou krvácivostí, alergií, nebo zda ne užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost. Je třeba mít provedeno laboratorní vyšetření (odběr krve) se zaměřením na ukazatele krevní srážlivosti. Před samotným výkonem je pacientovi změřen krevní tlak a puls, a okysličení krve eventuálně dle stavu zajištěn přístup do cévního řečiště obvykle cestou žíly na horní končetině (zavedením plastické kanyly). Jejím prostřednictvím jsou doplněny tekutiny a zároveň je udržen přístup do cévního řečiště v případě nutnosti podání léků.

Režim pacienta po provedení výkonu

Po aplikaci léků je nutné, abyste setrval/a na lůžku v ambulanci po dobu 30min-2hod, po tuto dobu bude sledován Váš zdravotní stav a životní funkce, pak může pacient vstávat z lůžka (poprvé pouze v přítomnosti zdravotní sestry). Po výkonu je nutno, abyste měl/a zajištěn odvoz v doprovodu rodinného příslušníka nebo druhé osoby. V den výkonu je nutný fyzický klid.

Možné komplikace

U citlivých osob je možný pokles tlaku (pocit malátnosti, pocit spavosti, nevolnost, zvracení), bolest v místě vpichu, zánětlivá reakce v místě vpichu, podráždění nervu, přechodné oslabení svalové síly po dobu působení anestetika, alergická reakce na podané léky nebo dezinfekční prostředek, krvácivé projevy (krváčení, krevní výron v místě vpichu), celková slabost.

Alternativy léčby

Konzervativní léčba - medikamentózní, infuzní analgetická léčba, fyzikální (rehabilitace). U konzervativní léčby není možno cíleně ošetřit postižené struktury a úleva od bolesti není okamžitá. Neprovedení výkonu může vést k přetrvávání nebo prohlubování bolestivých stavů.

Následky výkonu

Správně podaná a nekomplikovaná aplikace léků nemá žádné trvalé následky.

Jaká jsou možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti

Výkon se provádí ambulantně nebo v rámci hospitalizace na lůžkovém oddělení jako součást léčebného plánu. V den výkonu budete omezen/a v obvyklých aktivitách, je doporučen převážně klid na lůžku. Po dobu 24 hodin po výkonu nesmíte pracovat a řídit motorová vozidla.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji za souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

.....
podpis pacienta

Jako zákonný zástupce /opatrovník svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

.....
podpis zákonného zástupce /opatrovníka

Stanovisko nezletilého pacienta (vždy u věku 14 a více let nebo úměrně rozumově vyspělého).
S provedením navrhovaného zdravotního výkonu nezletilý pacient:

- souhlasí nesouhlasí

V případě nesouhlasu, uveďte důvod.

.....
jmenovka a podpis lékaře

Pacient není schopen podpisu. Uveďte důvod

Svůj souhlas vyjádřil (uveďte způsob)

Jméno, příjmení svědka:

.....
podpis svědka (svědků)