

## Sedace, analgosedace

Poj.:

Strana 1 / 3

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 dát k provedení zákroku svůj souhlas. a

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

**Vážená paní, Vážený pane,**

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován výkon, který je nezbytné provést v sedaci či analgosedaci.

### Co je sedace a analgosedace

Sedace je stav s navozenou sníženou úrovní vědomí docílený obvykle pomocí léků, využit při léčebné a diagnostické péči. Sedace je říditelný stav útlumu vědomí různé intenzity, z něhož ze kterého je pacient snadno probuditelný. Pacient je klidný, obvykle různou měrou spolupracující v rámci prováděného výkonu. Analgosedace je charakterizována větším či menším útlumem vědomí a sníženým vnímáním bolesti, je dosažena pomocí podání léků - sedativ a analgetiky - se navozeným útlumem vědomí i sníženým vnímáním bolesti.

### Jaký je důvod tohoto výkonu

Volba sedace a její hloubky je dána charakterem a délkou vyšetřovacího či operačního výkonu, stavem pacienta, komplikujícími onemocněními. U velmi bolestivých a dlouhých výkonů a u nespolupracujících pacientů je vhodná celková anestézie.

Cílem sedace a analgosedace je navodit zklidnění, tlumení bolesti, blokování stresové reakce, stabilitu oběhu a dýchání a toleranci vyšetřovacích a terapeutických výkonů.

### Jaký je režim pacienta před výkonem

Příprava je stejná jako před plánovanou celkovou anestézií - pacient má být lačný, lékařem je základně zhodnocen Váš zdravotní stav, aktuálně užívané medikace, alergie, případně laboratorní vyšetření.

### Režim pacienta před výkonem v sedaci či analgosedaci

6 až 8 hodin před výkonem nejzte ani nepijte. Tímto předejdete riziku zvracení a nebezpečí zatočení obsahu žaludku do dýchacích cest, 24 hodin před výkonem nekuřte, před výkonem si vyjmete zubní protézy, oční čočky, šperky, sponky do vlasů a vlasové paruky. Nepoužívejte před výkonem make up, ani lak na nehty. O vhodnosti případného užití Vašich běžných léků budete rovněž informováni ošetřujícím lékařem.

### Jaký je postup při provedení výkonu

Před výkonem jsou změřeny základní životní funkce (monitor EKG, čidlo pro měření sycení krve, vybavení pro měření krevního tlaku), je zajištěn vstup do žilního řečiště, zajištěno případné podávání kyslíku k inhalaci během výkonu; během výkonu jsou dále sledovány Vaše životní funkce a reakce na oslovení a na bolest.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika

## Sedace, analgosedace

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Po výkonu může přetrvávat ospalost, malátnost, zhoršení koordinace pohybů (v určité míře může přetrvávat i v průběhu několika hodin po ukončení výkonu).

- pocit malátnosti; unavenost, spavost; nesoustředěnost; nevolnost až zvracení
- ovlivnění srdeční činnosti a rytmu až srdeční zástava; pokles krevního tlaku
- alergická nebo anafylaktická reakce na podané léky
- vdechnutí žaludečního obsahu s komplikacemi (bronchopneumonie, selhání funkce plic):
- hematoma v místě zavedení žilního katetru, infekce v místě vpichu [nesouvisí přímo s podáním sedace, ale s nutností zajištění vstupu do žilního systému]

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu

V bezprostředním období po výkonu je pacient trvale sledován, hodnotí se stav vědomí a dýchání, monitoruje se EKG/puls, měří se krevní tlak, sleduje se sytění krve kyslíkem.

### Kritéria propuštění pacienta

Po podání sedace/analgosedace v rámci ambulantně poskytnutých výkonů může nepatrný vliv použitých léků přetrvávat v organismu i 24 hodin, proto pro propuštění do domácího ošetřování je nutno splnit i následující podmínky:

- stabilní základní životní funkce.
- orientace místem, časem, osobou.
- bez známek krvácení.
- bez nevolnosti a nebo zvracení.
- bolest je dobře tlumitelná běžnými léky (perorálními analgetiky).
- zajištěn zodpovědný doprovod dospělé osoby a dohled cca 24 hodin po sedaci/analgosedaci
- zajištěn transport do domácího ošetřování
- k dispozici telefonické spojení se zdravotnickým zařízením
- 24 hodin po anestézii nelze řídit dopravní prostředky ani obsluhovat nebezpečné stroje
- bolest lze tlumit běžně dostupnými léky.
- 24 hodin po anestézii není možno činit důležité rozhodnutí, prohlášení ani podepisovat důležité dokumenty! V opačném případě nelze převzít zodpovědnost za možné komplikace z tohoto jednání vyplývající.

### 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 v 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.

## Sedace, analgosedace

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

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

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

-----  
podpis pacienta / zákonného zástupce

-----  
podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

**Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:**

---

**Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:**

---

Jméno, příjmení, podpis svědka: -----

-----  
podpis svědka (svědků)