

Informovaný souhlas s kontinuální epidurální analgezií

Identifikační údaje pacienta/tky	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	
Oddělení	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Vztah k pacientovi	

I. Vyplní lékař

Prohlašuji, že jsem pacienta/ku způsobilého k podpisu souhlasu řádně a srozumitelně seznámil/a se způsobem provedení plánovaného výkonu, který přichází v souvislosti s léčebným, případně diagnostickým, postupem v úvahu. Rovněž jsem pacienta/ku seznámil/a s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně těch nejzávažnějších.

Datum a čas: _____

Razítko a podpis lékaře: _____

II. Vyplní pacient/ka (zákonný zástupce, opatrovník)

1. Prohlašuji, že jsem byl/a řádně a srozumitelně lékařem informován/a (poučen/a) o důvodu, účelu, předpokládaném úspěchu, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní následky, pokud plánovaný výkon nepodstoupím (odmítnu).
Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržel/a vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.
2. Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života, budou tyto výkony provedeny.
3. Byl/a jsem seznámen/a s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup a/nebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem.

Přečetl/a jsem si formulář Poučení pacienta/ky před tímto výkonem.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím. **Informovaný souhlas s výkonem** vlastnoručně podepisuji svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku.

Datum _____

Podpis pacienta/ky
(zákonného zástupce, opatrovníka)

Podpis svědka/ů

Poznámka:

aktuální stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu/výkonu

pacient (zákonný zástupce, opatrovník) odmítl podepsat

Z důvodu: _____

Způsob projevu souhlasu: _____

Způsob projevu nesouhlasu: _____

Datum: _____

Podpis svědka/ů: _____

Razítko a podpis lékaře: _____

Poučení pacienta/ky před výkonem – Kontinuální epidurální analgezií

Vážená paní, vážený pane,

Jelikož se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu, který byl navržený pro Vaši osobu či pro Vaše dítě, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Následující informace Vás seznámí s problematikou povahy výkonu a pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem anesteziologem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu.

Důvod (indikace) tohoto výkonu:

vyřazení či zmírnění vnímání bolesti během a po operačním výkonu.

Definice (pojem): Epidurální analgesie je metoda používaná ke zmírnění bolestí podáním malé dávky směsi znečítlivujících látek do epidurálního prostoru páteře /prostor je místem, kudy procházejí nervy vedoucí mimo jiné i bolest při porodu/.

Vlastní výkon provádí anesteziolog.

Účel výkonu: vyřazení či zmírnění vnímání bolesti během a po operačním výkonu.

Postup při provádění výkonu (povaha výkonu):

Při kontinuální epidurální anestezii je podáváno místní anestetikum do prostoru, kde probíhají nervová vlákna z míchy. Podle místa operace je voleno i místo podání. Převážně se jedná o oblast bederní páteře, event. hrudní páteř. Místní anestetikum je vpraveno do epidurálního prostoru plastovým katétrem. Tento katétr se zavádí pomocí speciální jehly, která je upravena pro tyto účely. Vpich v předem určeném prostoru se provádí u pacienta v poloze na boku s pokrčenými dolními končetinami, předkloněnou hlavou a

vyhrbenými zády (*poloha „kočičí hřbet“*). Další možnost podání je vsedě v předklonu. Po desinfekci místa vpichu se znecitliví kůže místním anestetikem, poté následuje zavedení jehly. Do epidurálního prostoru je skrz tuto jehlu zaveden epidurální katétr k podávání analgetik jak během operace, tak i v pooperačním období k zajištění bezbolestnosti.

Možné komplikace a rizika:

Zejména poranění cév, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, bolesti hlavy, vzácně porucha citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, zadržení moče, toxická nebo alergická reakce na anestetikum, nedostatečná účinnost regionální anestezie. Zcela výjimečně může v souvislosti s podáním anestezie následovat přechodné nebo i trvalé postižení jedné nebo více životně důležitých funkcí nebo úmrtí.

Režim pacienta po provedení výkonu (důsledky zákroku):

Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu.

Předpokládaná doba hospitalizace: epidurální anestezie a analgezie po dobu zavedení katetru.

Je nezbytné, aby si pacient (zákonný zástupce) zajistil transport z nemocnice s doprovodem a po dobu 24 hodin po anestezii dohled k tomu vhodné osoby. Důrazně se pacientovi doporučuje, aby nepoužíval bez doprovodu prostředky hromadné dopravy.

Pacientovi (zákonnému zástupci) je sděleno telefonické spojení na ARO Nemocnice Nymburk/ 325505449/. Do 24 hodin od analgosedace se pacient nesmí věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost, zejména nesmí řídit motorové vozidlo, vykonávat práce ve výškách, nesmí vykonávat práce s elektrickými přístroji apod.

Do 24 hodin od analgosedace pacient nesmí požívat alkoholické nápoje nebo jiné návykové látky.

Je nezbytné, aby pacient 24 hodin od anestézie nečinil žádná významná rozhodnutí a nepodepisoval právní dokumenty.

Alternativa výkonu:

Další farmakologické a nefarmakologické metody tlumení bolesti a jejich kombinace, které však účinností nedosahují obvykle efektu podání epidurální analgezie.

Datum _____

Podpis pacienta/ky
(zákonného zástupce, opatrovníka)