

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): DRENÁŽ MOZKOMÍŠNÍHO MOKU: <input type="checkbox"/> NEUROCHIRURGICKÉ ZAVEDENÍ ZEVNÍ KOMOROVÉ DRENÁŽE <input type="checkbox"/> ZAVEDENÍ KOMOROVÉ DRENÁŽE S PODKOŽNÍM REZERVOÁREM <input type="checkbox"/> ZAVEDENÍ TRVALÉHO KOMOROVÉHO ZKRATU DO BŘIŠNÍ DUTINY	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Výkon má odstranit nadměrné hromadění mozkomíšního moku uvnitř mozku a zvyšování nitromozkového tlaku, který zhoršuje prokrvení mozkové tkáně. Výkonem má být umožněn optimální vývoj a zrání mozku, což se projeví zlepšováním mozkových funkcí. Operační výkon a ponechání cizorodého materiálu uvnitř organismu má především infekční rizika, krvácení do mozku a mokových cest. Pokud nebude plně obnoveno odvádění moku zkratem, bude nutné operační výkon opakovat.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Málo a jen krátkodobě účinná léčba pomocí léků na snižování produkce mozkomíšního moku. Nežádoucí účinky - rizika při jejich podávání je porucha rovnováhy vodního a minerálového hospodářství organismu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Pacient bude napojen na dýchací přístroj a zabezpečen odpovídajícím umělým plicním dýcháním. Budou mu zabezpečeny cévní vstupy včetně přímého tepenného měření krevního tlaku. Pacientovi budou podána preventivně antibiotika. Dle rozsahu výkonu je výkon prováděn na Jednotce intenzivní a resuscitační péče neonatologického oddělení Všeobecné fakultní nemocnice nebo je pacient transportován na Neurochirurgickou kliniku Fakultní nemocnice v Motole. Bezprostředně před operací bude pacient uveden do celkového znečitlivění a hlubokého snížení vnímavosti bolesti pomocí léků. Bude upevněna poloha hlavy do polohy čelem vzhůru. Po dezinfekci a zarouškování operačního pole obnaží operatér většinou pravou čelní nebo týlní kost, přes kterou návrtem zavede cévku, kterou umístí do postranní komory mozku a upevní ji k okostici a v podkoží. Při vyvedení cévky odvádějící mozkomíšní mok je druhý konec cévky (po odběru mozkomíšního moku k vyšetření a změření tlaku), spojen s uzavřeným systémem jímače k měření množství odtékajícího mozkomíšního moku. Následně operatér uzavře operační ránu ve vrstvách a sterilně zakryje. V případě zavedení podkožního zásobníku je tento spojen se zkratem a upevněn v podkoží čela. Následně je operační rána uzavřena. Pokud dojde k zavedení trvalého zkratu do dutiny břišní, je konec cévky za uchem spojen s přepouštěcí záklopkou, cévka je protažena podkožím krku a hrudníku a v oblasti nadbříšku zanořena z krátkého řezu do břišní dutiny. V případě potřeby se provádí zobrazení mozku ultrazvukem. Následně je pacient převeden do režimu intenzivní péče s nepřetržitým podáváním léků na snížení vnímání bolesti.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

Při zevní komorové drenáži je omezená pohyblivost pacienta. Po zavedení trvalého zkratu s ventilem může být dlouhodobě omezeno provádění zobrazení nukleární magnetickou rezonancí. Ve všech případech je v pooperačním období nutná kontrola polohy hlavy při manipulaci s pacientem.

Další potřebná léčba:

Rehabilitační léčba, dle potřeby antibiotická léčba.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vespělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....

podpis pacienta / zákonného zástupce

.....

jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

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

.....

jméno, příjmení a podpis svědka