INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **APLIKACE EPIDURÁLNÍ KREVNÍ ZÁTKY (ZÁPLATY)**	
Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu: Léčba bolestí hlavy po předchozím provedení regionální analgezie / anestezie (znecitlivění) v oblasti páteře nebo po odběru mokomíšního moku, u které je konzervativní postup nedostatečně účinný. Výkon spočívá v aplikaci vlastní krve pacienta (10 – 20 ml) do epidurálního prostoru (mezi tvrdou plenou a kostí). Krev přechodně zalepí otvor v tvrdé pleně a zabrání tak dalšímu úniku moku, současně zvýšením tlaku v tomto místě vede k většinou okamžitému odeznění bolesti hlavy. Výkon je v malém počtu případů spojen s komplikacemi. Nejčastěji připadá v úvahu neúspěšné nalezení epidurálního prostoru nebo neúspěšný odběr krve. Méně častou komplikací může být opětovné proniknutí jehlou do prostoru s mozkomíšním mokem a vytvoření nového otvoru pro únik moku. Další možné a vzácné komplikace jsou infekce a krvácení do páteřního kanálu.	
Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Při selhání / nedostatečné účinnosti konzervativní terapie (klidový režim, analgetika, hydratace) je aplikace krevní zátky jedinou účinnou metodou léčby bolesti hlavy.	
Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto: Výkon provádí anesteziolog spolu s anesteziologickou sestrou. Postup je podobný, jako u provádění předchozí regionální blokády (znecitlivění) nebo odběru mozkomíšního moku. Z důvodů bolestí hlavy je lépe zvolit polohu na boku. Ještě před výkonem je třeba zhodnotit stav periferních žil a vybrat si místo, kde bude později proveden odběr krve pacienta. Po prvotní dezinfekci zad a umístění sterilní roušky je v místě předchozí punkce (vpichu) nebo o meziobratlový prostor níže provedena v místním znecitlivění identifikace epidurálního prostoru. Po jeho nalezení lékař fixuje jehlu v daném místě, požádá sestru o odběr 15 – 20 ml vlastní krve pacienta a ihned tuto krev bez protisrážlivých přísad aplikuje za sterilních podmínek do epidurálního prostoru. Při objevení se bolesti v páteřním kanálu z důvodu dráždění nervových kořenů krví je výkon ukončen. Po celou dobu je třeba udržovat polohu na boku, bez prudkého pohybu. Následuje uložení pacienta do polohy na zádech a klid na lůžku. Úleva je většinou okamžitá. V případech, že se příznaky opět do 48 hodin objeví, je možné výkon opakovat. Při opakovaném výkonu se 30 minut před provedením aplikuje do žíly dávka antibiotika.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu/léčebného postupu: Po výkonu je třeba asi hodinu zůstat v poloze na zádech na lůžku. Potom je možný běžný pohyb bez zvýšené fyzické námahy. Je doporučeno dodržovat nadále asi týden pitný režim a nezvedat 6 týdnů	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

těžké předměty. V případě mírných bolestí hlavy lze asi 2 týdny užívat léky na bolest v doporučených dávkách (paracetamol, ibuprofen, diklofenak, u nekojících i metamizol).

Další potřebná léčba:

V případě objevení se těchto příznaků: nové silné bolesti hlavy, bolest v zádech vystřelující bolest do dolní končetiny nebo podbřišku, nevolnost, zvracení, poruchy močení a stolice, změny pohyblivosti a čití dolních končetin, třesavka, známky celkové infekce, je třeba okamžitě kontaktovat dané anesteziologické pracoviště, kde byl výkon prováděn.

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 nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen 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 se podepsat:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: ..... *jméno, příjmení a podpis svědka*	