VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů):

PROTIBOLESTIVÉ LÉČEBNÉ POSTUPY
(NERVOVÉ BLOKÁDY, OBSTŘIKY SPOUŠŤOVÝCH BODŮ, KLOUBŮ)

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu:

Základním principem léčby chronické bolesti je použití více léčebných metod současně (podávání léčiv, fyzikální a rehabilitační léčba, psychoterapie). Přednost mají postupy, které nevyžadují použití injekcí nebo operační léčbu. Nepodaří-li se zajistit úlevu od bolesti, připadá v úvahu použití protibolestivých léčebných postupů. Tyto zákroky mohou být nervové blokády, kdy se účinná látka podává do těsné blízkosti nervových struktur za účelem přerušení vnímání bolesti při zachování vnímání dotyku, tepla, chladu, schopnosti pohybu a chůze.

V léčbě bolesti se také používají aplikace do trigger pointů – spoušťové bolestivé body při myofasciálních syndromech (bolesti převážně svalové) nebo injekce do kloubů – zejména křížokyčelního skloubení. K přerušení vnímání bolesti se nejčastěji používají místní anestetika nebo kortikoidy. K zajištění dlouhodobé úlevy od bolesti se také používají látky s neurolytickým účinkem, které dlouhodobě, někdy i trvale porušují funkci nervového vlákna, jsou to alkohol, fenol a glycerol.

Mohou se vyskytovat tyto nežádoucí účinky: alergie (reakce z přecitlivělosti projevující se nejčastěji vyrážkou, zčervenáním, snížením krevního tlaku), nervové poruchy (poruchy hybnosti, čití, vědomí), nadměrná bolestivost v místě vpichu, infekce nebo krvácivé projevy (krevní výron), poruchy krevního oběhu a dýchání, poruchy močení a stolice.

Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou je léčba bolesti pomocí silných protibolestivých léků.

Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto:

Výkon se provádí dle typu bez nebo v místním znecitlivění. Obvykle není nutná žádná speciální příprava. Nejprve je dezinfikován povrch kůže v místě plánovaného vpichu, místo je vybráno dle typu výkonu a následuje překrytí sterilní rouškou. Podle orientačních bodů (naslepo) nebo pod zobrazovací technikou (ultrazvuk, rentgen) Vám lékař zavede jehlu do zvoleného místa, po potvrzení správné polohy špičky jehly a testu "negativní" aspirace (nevrací se krev), Vám lékař aplikuje látku do příslušné tkáně nebo do blízkosti nervové pleteně. Následně je jehla vytažena, místo dezinfikováno a přelepeno sterilním krytím.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

V průběhu i v době po výkonu je vhodná Vaše spolupráce ve smyslu hlášení lékaři všech nepříjemných pocitů a vjemů v oblasti vpichu nebo v jiných částech těla.

Po výkonu Vás bude sledovat sestra na zákrokovém sále nebo jiném určeném místě po dobu, kterou určí lékař. Tato doba se pohybuje mezi 30 minutami až 2 hodinami (dle potřeby i déle) a je určena dle Vašeho zdravotního stavu a obtížnosti zákroku.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu/léčebného postupu:

Po provedení uvedeného zdravotního výkonu po určitou dobu (až 24 hodin) je ovlivněna schopnost soustředit se, mohou přetrvávat poruchy koordinace pohybu či hybnosti. V případě ambulantních výkonů je proto nezbytné si zajistit i doprovod. V následujících 24 hodinách se nedoporučuje věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost (řízení motorového vozidla).

Další potřebná léčba:

Další potřebnou léčbu zajistí ošetřující lékař.

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*

.....

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka