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): **MÍSTNÍ SVODNÉ ZNECITLIVĚNÍ (EPIDURÁLNÍ, SUBARACHNOIDÁLNÍ, KAUDÁLNÍ, PERIFERNÍCH NERVŮ)**	
Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu: Místní znecitlivění dočasně potlačí nebo sníží bolestivé a nepříjemné vjemy v bolestivé oblasti. Svodné znecitlivění vyřazuje vnímání bolesti v určité předem zvolené oblasti, lékař aplikuje léky do okolí míšních kořenů či nervových pletení. Podle rozsahu a způsobu provedení svodné analgezie můžeme použít znecitlivění v oblasti páteřního kanálu a míchy: epidurální (mezi tvrdou plenou a kostí), subarachnoideální (pod pavoučnicí, kde je mozkomíšní mok), kaudální (epidurální prostor v dolní části páteře) nebo různé blokády periferních nervů. Nejčastěji se po vpichu objevují mírné bolesti nebo nepříjemné mravenčení v místě svodného znecitlivění, které obvykle samovolně zmizí. Mezi nežádoucí účinky plynoucí ze zvoleného typu znecitlivění patří nejčastěji bolesti svalů nebo hlavy, nevolnost, zvracení, přechodná ospalost, porucha koordinace pohybů, poranění cév, nervů, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti po odeznění znecitlivění a může se také objevit dočasné zadržení moče. Vzácně se mohou vyskytovat závažné komplikace, včetně život ohrožujících, vznikajících v souvislosti s léčebným postupem nebo s komplikujícími onemocněními (alergické nebo toxické reakce na místní anestetika, poranění tkání jehlou při zvolené technice místního znecitlivění, selhání dýchání či krevního oběhu).	
Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativou je zajištění léčby bolesti jinými invazivními technikami nebo farmakoterapií (léčbou bolesti tabletami nebo náplastmi). Vždy je snahou lékaře zvolit nejvhodnější postup léčby bolesti, kterému předchází komplexní zhodnocení celkového stavu pacienta.	
<u>Zdravotní výkon bude probíhat takto:</u> Celý výkon trvá průměrně 20 – 30 minut. Provádí se při plném vědomí pacienta v místním znecitlivění. Obvykle není nutná žádná speciální předoperační příprava a výkon je proveden ambulantně. Nejprve zdezinfikujujeme povrch kůže v místě plánovaného vpichu. Následně Vás lékař překryje sterilní rouškou a tenkou jehlou znecitliví místo kůže aplikací potřebného množství lokálního anestetika. Ještě před dezinfekcí a znecitlivující injekcí informujte prosím sestru či lékaře o případných alergických reakcích na léky. Informace o minulých výkonech a jejich průběhu nebo proběhlých komplikacích jsou také cenné.	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Po několika minutách, kdy již lze očekávat plný účinek znecitlivující injekce bude lékař aplikovat jednorázovým vpichem léky (místní anestetika, kortikoidy nebo analgetika) do epidurálního, kaudálního nebo subarachnoidálního prostoru, či do blízkosti nervové pleteně. Výkon je prováděn v poloze nejčastěji vsedě, vleže na boku nebo na břiše, kdy je dle zvolené techniky detekován příslušný prostor a lék přímo aplikován. V některých případech je pacientovi zaveden katetr (plastová hadička) k pokračující léčbě bolesti opakovanými aplikacemi.

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 pacient nejméně dvě hodiny sledován na oddělení. Po kontrole lékařem je pacient v doprovodu rodiny propuštěn do domácího ošetřování. V den výkonu je nutné dodržovat klidový režim bez namáhání.

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*

.....

podpis nezletilého pacienta /

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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