INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **INFUZNÍ LÉČBA BOLESTI**	
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). Podobné metody většinou používá anesteziolog k zajištění znecitlivění, ale v případě léčby bolesti se aplikují odlišné dávky léčiv a liší se také celkový léčebný postup. Ke ztišení vnímání bolesti se používají nejčastěji léky: analgetika opioidní, neopioidní a myorelaxancia (léky s uvolňujícím účinkem) určená k podávání intravenózně (do žíly). Nejčastěji se mohou objevit alergie (přecitlivělost projevující se vyrážkou, zčervenáním, snížením krevního tlaku) nebo jiná vážnější nežádoucí reakce při vystupňované alergické reakci na podávaný lék: nervové poruchy (poruchy vědomí, hybnosti a čití, svalové křeče) nebo poruchy krevního oběhu a dýchání. Z těchto důvodů Vás prosíme o nahlášení všech předchozích nežádoucích reakcí na léky ještě před zahájením léčby.	
Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativou je léčba bolesti analgetiky, která se podávají v tabletách nebo náplastech. Vždy je snahou lékaře zvolit nevhodnější léčebný protibolestivý postup, kterému předchází komplexní zhodnocení celkového stavu pacienta.	
Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto: Nejprve Vám bude zavedena kanyla do periferní žíly na horní končetině pro podání analgetik přímo do žíly. Následně budou po stanovenou dobu, kterou určí lékař (nejčastěji jednu až dvě hodiny) podána výše zmíněná léčiva k tlumení bolesti. Během infuzní analgetické léčby budete klidně ležet a trvale na Vás dohlédnou zdravotníci Centra pro léčbu bolesti. Po skončení infúze je opět potřebné po nezbytnou dobu dodržet klidový režim. Opustit ambulanci po ukončení infúze je možné teprve po době, kterou stanoví lékař.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu/léčebného postupu: V den po aplikaci infuzní analgetické léčby je nutné zachovat klidový režim a je žádoucí si zajistit doprovod další osoby. Po určitou dobu (až 24 hodin) může být ovlivněna schopnost soustředění,	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

mohou přetrvávat poruchy koordinace pohybu či hybnosti. V následujících 24 hodinách se není vhodné věnovat se 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*

.....

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*	