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 (popřípadě několika výkonů): **POLYSOMNOGRAFIE - VÍCEPARAMETROVÉ MONITOROVNÍ VITÁLNÍCH FUNKCÍ VE SPÁNKU**	

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Polysomnografie je záznam parametrů důležitých pro určení spánku a jeho stádií, ke sledování základních fyziologických funkcí a svalového napětí vybraných svalů v průběhu pořizování záznamu.

Polysomnografie se provádí ke zjištění struktury spánku, ke sledování vybraných funkcí během sledovaného období a ke sledování pohybu končetin během spánku. Polysomnografie je základní vyšetřovací metodou při poruchách spánku, jeho trvání a struktury, při poruchách dýchání souvisejících se spánkem, při poruchách pohybu souvisejících se spánkem a dalších odchylek, které se mohou vyskytnout v souvislosti se spánkem anebo před usnutím a při probouzení.

Polysomnografie je také důležitým vyšetřením k odlišení od jiných nemocí, které mohou mít se spánkem souvislost. Noční polysomnografie se provádí před objektivním vyšetřením denní spavosti (nejčastěji testem mnohočetné latence usnutí).

Polysomnografie nepřináší vyšetřovanému žádné riziko, pouze určitou míru nepohodlí.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Není jiná možnost podrobného vyšetření spánku. Polysomnografie nepředstavuje žádné riziko.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Vlastnímu záznamu polysomnografie předchází připevnění čidel na tělo vyšetřovaného. Většinou se používají samolepící elektrody, výjimečně se elektrody lepí. Elektrokardiogram (elektrická aktivita srdce) se snímá samolepicími elektrodami. Dýchání se sleduje registrací pohybu hrudníku a břicha roztažnými pásy a záznamem proudu vzduchu před nosem a ústy měřidlem, které reaguje na teplotu vzduchu, a také kanylkami při vstupu do nosu, které měří tlak vzduchu při dýchání. Saturace (sycení) krve kyslíkem se měří měřidlem připevněným na prstu ruky nebo na lalůčku ucha. Všechna čidla jsou přiložena na povrch těla a nenarušují jeho integritu (celistvost).

Při zahájením vlastního záznamu jsou výše uvedená čidla spojena se záznamovým zařízením. Vyšetřovaný se během polysomnografie může volně pohybovat na lůžku. Vyšetřovaný by se neměl prsty dotýkat čidel ani kontrolovat jejich připevnění, protože tak může jejich kontakt s povrchem těla zhoršit.

Vlastní záznam obvykle trvá jednu celou noc. Při podezření na některé poruchy spánku je záznam delší. Při vyšetřování některých nemocí po noční polysomnografii navazuje test mnohočetné latence usnutí.

Po skončení měření se čidla sejmou. Záznam je hodnocen až po skončení vyšetření.

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

Žádná

Další potřebná léčba:

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.:**

Polysomnografie je diagnostický výkon a sama o sobě nevyvolává potřebu další péče nebo léčby.

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 vyspělý/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