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): **MANUÁLNÍ A PŘÍSTROJOVÁ LYMFODRENÁŽ**	

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

Manuální lymfodrenáž je masážní hmatová technika, jejímž cílem je podpora odtoku lymfy (mízy) ze tkání a její transport mízním řečištěm.

Přístrojová lymfodrenáž je prováděná přístrojem Lymfoven. Využívají se přístroje pro sekvenční kompresivní drenáž fungující na principu presoterapie – tlakových vln.

Zevní komprese (bandáž) je součástí léčby lymfedému (otoku). Tvoří nejen mechanickou bariéru šíření otoku, ale současně zlepšuje funkci mízního systému. Ve fázi zmenšování otoku je lépe volit přiložení bandáže – jednoduché nebo vícevrstevné. Její aplikace vyžaduje dodržování zásad správné komprese. Budete proškoleni v této technice sestrou. Po stabilizaci stavu již můžeme zvolit kompresivní elastický návlek k udržení stavu.

Možné komplikace a rizika:

Lymfodrenáže se nemají provádět u nedoléčených nebo znovu se opakujících onkologických onemocnění, u onemocnění štítné žlázy, při zánětech žilního systému končetin, při akutní bakteriální nebo virové infekce, při zánětech v mízním systému, u neléčeného vysokého krevního tlaku. Mezi další kontraindikace patří ischemická choroba srdeční těžšího stupně – srdeční selhávání, bronchiální astma, otoky při onemocnění jater a ledvin, akutní mokvající projevy na kůži, záněty kůže, ekzémy, přecitlivělost na gumu, která se přidává do většiny kompresívních obinadel.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Před zahájením lymfodrenáží předchází edukace a cílené klinické vyšetření lékařem, který může požádat o další doplňující vyšetření. Jde-li o pacienta s onkologickou diagnózou, je nutné doporučení odborného lékaře.

Manuální lymfodrenáž se provádí malým tlakem speciálními hmaty s pomalou frekvencí. Tuto masáž provádí školený zdravotnický personál.

Přístrojová lymfodrenáž se provádí za pomoci nafukovacích návleků (na horních nebo dolních končetinách), které jsou hadicemi propojeny s programovatelným přístrojem Lymfoven. Návleky tvoří několik navzájem se překrývajících se komor, které se postupně plní vzduchem a naráz se vyprazdňují. Před každou přístrojovou lymfodrenáží se provádí rozmasírování mízních uzlin.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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

Součástí léčby lymfedému je rovněž pravidelná péče o kůži, prevence a řádná léčba kožních infekcí. Nutné je i dodržování režimových opatření (vyvarovat se poranění kůže, zaškrcování podkoží, působení tepla, statické zátěže apod.). Řádně prováděná léčba lymfedému je velmi účinná, podmínkou úspěchu je dodržování všech doporučených postupů a Vaše aktivní spolupráce.

Kromě již zmíněných režimových opatření je nutné dodržovat i doporučení ostatních ošetřujících lékařů. Výše uvedené metody přístrojové a manuální lymfodrenáže jsou u pacienta aplikovány vždy s ohledem na jeho další onemocnění.

Další potřebná léčba:

Někdy bývá doporučena doplňující léčba léky, ve zcela výjimečných případech je doporučen v rámci kombinované léčby speciální operační výkon.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl 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 poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....	.....
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: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.