VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČO: 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): **ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA (EKT)**	

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

EKT je neinvazivní (nenarušuje celistvost organizmu) stimulační léčebnou metodou určenou především k léčbě závažných forem poruch nálady a některých psychotických onemocnění. Aplikuje se obyčejně 3x týdně a celkový počet výkonů je individuální, v průměru pacient podstupuje 10 výkonů. Během léčby dochází k přímé elektrické stimulaci nervových buněk a změnám v systémech nervových přenašečů a jejich receptorů i změnám v prokrvení mozku.

Elektrokonvulzivní léčba je prováděna v krátkodobé celkové anestezii, ke které je užíváno nitrožilního podání léku navozujícího spánek a vyřazujícího vnímání bolesti.

V souvislosti s anestezií se mohou vyskytnout některé nežádoucí účinky, patří k nim především bolest hlavy, nevolnost či zvracení a přechodná ospalost. Četnost výskytu závažných komplikací, včetně život ohrožujících, vznikajících v souvislosti s anesteziologickým postupem nebo s komplikujícími onemocněními (např. alergická reakce, selhání dýchání či krevního oběhu, selhání ledvin nebo jater) je u plánovaných výkonů malá.

Mezi nežádoucí účinky v přímé souvislosti s EKT patří bolest hlavy, přechodné zhoršení paměti a schopnosti orientace, mohou se také vyskytnout bolesti svalstva. Vzácné poruchy srdečného rytmu zaznamenané po EKT nejsou významně častější a závažnější než u běžné populace.

Proti léčbě léčivými přípravky je výhodou rychlejší nástup účinku, obyčejně do 1 týdne, po 4 výkonech i u nejzávažnějších forem základního psychiatrického onemocnění, jež se nedaří ovlivnit jinými léčebnými přístupy (efekt léků nastupuje po 2-4 týdnech).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativně lze doporučit úpravu léčby léčivými přípravky ve smyslu změny dávkování či kombinace léčiv.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

EKT předchází interní vyšetření (EKG, odběry krve a fyzikální vyšetření) k vyloučení stavů nedovolujících provedení celkové anestézie. Před výkonem v celkové anestezii je třeba omezení příjmu stravy a tekutin (pacient večer před výkonem od 22 hodin do výkonu nejí a nepije).

Před aplikací EKT je nutné odložit veškeré šperky a je nutné odlakování nehtů.

Po pohovoru s anesteziologem, kterému by měl pacient sdělit všechny jemu známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh výkonu (užívané léky, alergie, přidružená onemocnění), je zavedena nitrožilní kanyla a následně anesteziologem podány léky, které navodí spánek a relaxaci.

Následuje samotná stimulační léčba trvající obvykle 12-60 vteřin, pacient pak zůstává pod dohledem až do odeznění účinku anestetik a je následně přesunut zpět na oddělení. Strava a tekutiny jsou podány až po úplném odeznění účinku léků podaných během EKT.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Tento informovaný souhlas platí pro celou léčbu EKT s tím, že pacient má právo kdykoliv v průběhu léčby souhlas zrušit.

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

Krátkodobé omezení před (lačnění) a po výkonu (dohled při odeznívání účinku anestetika) souvisí především s aplikací anestezie.

Další potřebná léčba:

Vyjma naplánovaného léčebného postupu není třeba další léčby.

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:

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:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka