

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): OBSTŘÍK NERVŮ NEBO NERVOVÝCH PLETENÍ POD CT KONTROLOU ☐ VPRAVO ☐ VLEVO	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Cílem výkonu je odstranit bolest nebo rozšířit cévy a tím zlepšit průtok krve ve všech oblastech těla. S výkonem se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnížší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek. Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení. <u>Rizikem výkonu</u> může být poranění cévy nebo břišního orgánu jehlou s možným následným krvácením. Vzhledem k tomu, že používáme tenkou jehlu (průměr menší než 1 mm) je toto nebezpečí minimální. Teoreticky může dojít i k poškození nervu.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Jinou možností může být léčba léky.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Po uložení na vyšetřovací stůl, dezinfikujeme místo vpichu a lékař provádí při současné CT (počítačový tomograf) kontrole zavedení tenké jehly do cílového místa. Poté aplikujeme směs preparátu na místní umrtvení s kortikoidem a mililitrovým množstvím jodové kontrastní látky. U některých blokád nervových pletení je ve směsi používám i etanol. Po aplikaci může být po přechodnou dobu bolest větší. Na konci výkonu jehlu vytáhneme. Vzácně může po vyšetření dojít k oslabení hybnosti nebo citlivosti končetin či krátkodobé poruše ovládání svěračů. V těchto případech je nutná hospitalizace.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po výkonu je vhodné 20minutové sledování. Je rovněž vhodné omezit fyzickou aktivitu a zachovávat 24hodinový relativní klid.	
Další potřebná léčba:	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Závisí na rozhodnutí indikujícího (ošetřujícího) lékaře.	
Poznámky: Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.	
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	