VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

OŠETŘENÍ V SEDACI PŘI VĚDOMÍ U DÍTĚTE

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je příprava nedostatečně spolupracujícího dětského pacienta ke stomatologickému ošetření.

Předpokládaným prospěchem je zajištění klidnějšího a nebolestivého průběhu ošetření, s následným snížením pravděpodobnosti zapamatování si nepříjemného prožitku, což ve výsledku znamená menší dopad na zdravotní stav dítěte. Zklidnění (sedace při vědomí) je dosaženo pomocí léků (Midazolam, Dormicum) na bázi účinné látky midazolam, které ve formě roztoku se sirupem dítě vypije.

Rizika výkonu jsou následující:

V ojedinělých případech může být komplikací spuštění paradoxní reakce (plačtivost, nadměrná aktivita, rozrušení, odmítavé až agresivní chování) a zvracení. V případě paradoxní reakce bude podáno do nosu v podobě kapek protilátka (antidotum) flumazenil, po které dojde ke zklidnění dítěte do 15 - 20 minut.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Ošetření nespolupracujícího dětského pacienta za použití jiných léků (farmak), psychologických přístupů, v celkovém znecitlivění (anestezii) nebo s pomocí šetrných legálních omezovacích prostředků (úchop).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Zdravému dítěti bez rýmy, kašle a zvýšené teploty, které 4 hodiny před výkonem lační a 2 - 3 hodiny nepije čiré tekutiny, je podáno maximálně 0,5 mg přípravku Midazolam (Dormicum) na 1 kg hmotnosti s menším množstvím sirupu a vody. Poté je dítě za přítomnosti rodiče sledováno v „dospávací“ místnosti.

Za 20 až 45 minut je možno přistoupit k vlastnímu stomatologickému ošetření (vytažení zubu/ů, ošetření zubního kazu, chirurgický výkon).

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

Pokud nedošlo k traumatickému poškození anestezované oblasti v důsledku přikusování, vymizí vedlejší účinky (škytavka, dvojité vidění) související s použitým způsobem sedace při vědomí zpravidla do 24 hodin od podání midazolamu. V závislosti na prováděném stomatologickém výkonu (vytažení zubu/ů, ošetření zubního kazu, chirurgický výkon) pak probíhá postupné zotavování dětského pacienta, obnovuje se koordinace pohybů.

Další potřebná léčba:

Dle doporučení lékaře dodržovat klidový režim 24 hodin po aplikaci midazolamu. Kontrolní návštěva v dohodnutém termínu.

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

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