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):

LÉČBA BOLESTI OPIOIDY

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

Účelem léčby bolesti opioidy je zvládnout doposud neztišitelnou chronickou bolest nereagující na analgetika neopioidní nebo slabé opioidní.

Léčivo zesiluje účinky léků na spaní a uklidnění, současně užívaných inhibitorů manoaminooxidázy – MAO (některá antidepresiva), způsobuje útlum centrální nervové soustavy a následně poruchy krevního tlaku. Používání alkoholických nápojů může tlumivý účinek těchto léků zesílit. Je možné vzájemné ovlivnění účinků dalších užívaných léků.

Opioidní analgetika jsou obvykle dobře snášena, ale u některých pacientů se může vyskytnout nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, závratě nebo nadměrný útlum. Tyto potíže však obvykle odezní během prvních dnů užívání léku. Pravidelné užívání opioidů může způsobit zácpu. Případný výskyt nežádoucích účinků nebo jiných obvyklých i neobvyklých reakcí je nutné oznámit ošetřujícímu lékaři. Při dlouhodobém užívání opioidů je vyvolána léková závislost.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Léčba opioidy je vhodná u bolestivých stavů, kde jsou vyčerpány ostatní léčebné postupy. Jiné možnosti léčby mají pouze omezený a nedostatečný efekt. Tyto postupy obvykle zůstávají součástí další léčby, která je takto vhodně kombinována.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Opioidy ke zmírnění bolesti Vám budou podávány ve formě tablet, náplastí nebo injekčně. Výjimečně se používají opioidy ve formě spraye, rozpustných tablet či tenkého slizničního filmu. Mezi jednotlivými dávkami léku je nutné přesně dodržovat lékařem předepsaný odstup, a to i v případě, pokud se nedostaví očekávaná úleva od bolesti.

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

Léčba musí být bezpečná a účinná. Cílem je použití nejnižší dávky, při které jsou tato kritéria dosažena. Léčba má pomoci ke zlepšení kvality života. Pokud by se celková aktivita a zdatnost zhoršovaly, může být dle rozhodnutí lékaře léčba pozměněna nebo ukončena.

Všechny opioidy a další léky určené k léčbě bolesti jsou předepisovány pouze na ambulanci pro léčbu bolesti. Výjimku má onkologický pacient, kterému může předepisovat opioidy ošetřující lékař.

Léky je nutné brát přesně podle doporučení a nelze svévolně měnit dávkovací režim. Je nutné docházet na pravidelné kontroly k ošetřujícímu lékaři.

Pokud vznikne jiné onemocnění vyžadující předepsání léků ovlivňující úroveň vědomí (hypnotika, psychofarmaka, antiepileptika, sedativa), nebo pokud budete z nějakého důvodu hospitalizován/a, musíte neprodleně informovat lékaře, který Vám opioidy předepisuje. Stejně tak

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

musíte v průběhu jiného onemocnění (např. zánět slepého střeva, zápal plic, infarkt myokardu) informovat příslušného právě ošetřujícího lékaře o pravidelném a dlouhodobém užívání opioidů k léčení chronické bolesti.

Je nutné se zdržet řízení motorových vozidel po dobu nejméně 5 dnů od zahájení léčby opioidy nebo při změně celkového stavu či změně (zvýšení dávky léku) medikace.

V případě nedodržení těchto podmínek bude muset být postup léčby bolesti ošetřujícím lékařem přehodnocen a pravděpodobně ukončen.

Další potřebná léčba:

Od zahájení léčby opioidy je nutné sledovat a řešit možné nežádoucí účinky s využitím režimových opatření i podáním příslušných podpůrných léků (proti zvracení, zácpě). Při vysazování opioidů lze využít psychofarmaka k potlačení případných abstinenčních projevů.

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 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.