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): **INHALAČNÍ ANALGOSEDACE PŘI VĚDOMÍ U DÍTĚTE**	

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je příprava nedostatečně spolupracujícího dětského pacienta k vyšetření nebo výkonu.

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. Při inhalační analgosedaci se vdechuje směs oxidu dusného s kyslíkem v poměru 1:1, jedná se o přípravek Actynox.

Další výhody a charakteristika podání vdechovaného léku:

- rychlý nástup a ústup účinku během několika minut,
- efektivní úleva od krátkodobé bolesti,
- minimum nežádoucích účinků,
- analgetické, sedativní (zklidňující) a amnestické (dítě si ošetření nemusí pamatovat) účinky při sníženém vědomí pacienta,
- snadnější podání místního anestetika.

Rizika výkonu jsou následující:

Občasnou komplikací mohou být točení hlavy po výkonu, euforie, nevolnost až zvracení.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

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

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Zdravé dítě bez rýmy, kašle a zvýšené teploty, které není nalačno**,** pod dohledem lékaře bude vdechovat po nezbytně nutnou dobu přes náustek nebo obličejovou masku přípravek Actynox.

Účinek nastupuje po 4 - 5 vdechnutích. Maxima je dosaženo zpravidla po 2 až 5 minutách nepřerušovaného vdechování. Inhalace Actynoxu pokračuje přerušovaně během celého zdravotního výkonu. Po ukončení inhalace je dětský pacient ponechán pod dohledem v klidu asi 5 - 10 minut, dokud se uspokojivě neobnoví jeho pozornost a pohybová koordinace.

Výhody: minimální zátěž pro pacienta, méně nežádoucích účinků.

Nevýhody: pomalejší nástup účinku oproti nitrožilnímu podání léků.

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:

Krátkodobé sledování na ambulanci nebo standardním oddělení.

Pokud nedošlo k traumatickému poškození anestezované oblasti v důsledku přikusování, vedlejší účinky (škytavka, dvojité vidění, motání hlavy, brnění pokožky) související s použitým způsobem analgosedace při vědomí zpravidla rychle vymizí. V závislosti na prováděném výkonu pak probíhá postupné zotavování dětského pacienta.

Další potřebná léčba:

V případě potřeby kontrolní návštěva v dohodnutém termínu.

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