ЗАГАЛЬНА ФАКУЛЬТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ В ПРАЗІ
У Немоцніце 499/2, 128 08 Прага 2| ІН: 00064165, тел.: 224 961 111

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Законний представник пацієнта (ім'я, прізвище):	
Найменування медичної процедури / лікувального заходу (або декількох процедур/заходів): **ІНГАЛЯЦІЙНА АНАЛГОСЕДАЦІЯ У ПРИТОМНОЇ ДИТИНИ**	

Мета, характер, очікувана користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури:

Мета цієї медичної процедури – підготувати педіатричного пацієнта, який недостатньо співпрацює з лікарем, до дослідження або втручання.

Очікувана користь полягає в забезпеченні спокійнішого та безболісного надання допомоги з подальшим зниженням ймовірності спогадів про неприємні враження, що в підсумку означає менші наслідки для здоров'я дитини. Під час інгаляційної аналгоседації вдихають суміш закису азоту і кисню у співвідношенні 1:1, йдеться про препарат «Актинокс».

Інші переваги та особливості інгаляційного введення лікарського засобу:

- швидкий початок і ослаблення дії протягом кількох хвилин,
- ефективне полегшення короткочасного болю,
- мінімум побічних ефектів,
- аналгетичний, седативний (заспокійливий) та амнестичний (дитина може не пам'ятати про лікування) ефекти за зниженого рівня свідомості пацієнта,
- полегшення введення місцевого анестетика.

Ризики процедури такі:

Іноді можуть виникнути такі ускладнення, як запаморочення після процедури, ейфорія, нудота аж до блювання.

Інші можливості, їхня доцільність, переваги та ризики:

Лікування педіатричного пацієнта, що не співпрацює з лікарем, із застосуванням інших препаратів, психологічних підходів, під загальною анестезією (наркозом) або за допомогою м'яких законних засобів обмеження (тримання).

Медична процедура відбуватиметься так:

Здорова дитина без нежитю, кашлю та підвищеної температури, не натщесерце, під наглядом лікаря вдихає препарат «Актинокс» через мундштук або маску протягом потрібного часу.

Ефект настає після 4-5 вдихів. Максимум досягається зазвичай через 2-5 хвилин безперервного вдихання. Інгаляція «Актиноксу» триває періодично протягом усього медичного заходу. Після припинення інгаляції педіатричного пацієнта залишають під

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

наглядом у стані спокою приблизно 5–10 хвилин, доки його увага та координація рухів достатньо не відновляться.

Переваги: мінімальне навантаження на пацієнта, менше побічних ефектів.

Недоліки: повільніший початок дії порівняно з внутрішньовенним введенням препаратів.

Обмеження та рекомендації щодо способу життя з огляду на стан здоров'я та можливі зміни у працездатності після проведення медичної процедури:

Короткочасне спостереження в амбулаторних умовах або у стандартному відділенні.

Якщо не сталося травматичного ушкодження анестезованої ділянки внаслідок прикушування, побічні ефекти (гикавка, двоїння в очах, запаморочення, поколювання шкіри), пов'язані з використаним методом аналгоседації у свідомості, зазвичай швидко зникають. Залежно від проведеного втручання відбувається поступове відновлення стану педіатричного пацієнта.

Подальше потрібне лікування:

Якщо потрібно, контрольний візит у погоджений час.

Заявляю, що лікар, який надав мені інформацію, особисто роз'яснив увесь зміст цієї письмової інформованої згоди, і я мав можливість поставити йому запитання, на які дістав належну відповідь. Заявляю, що наведену вище інформацію я повністю зрозумів/-ла і даю пряму згоду на проведення цієї медичної процедури:

Якщо пацієнт **неповнолітній або з обмеженою дієздатністю** і достатньо зрілий в інтелектуальному та вольовому відношенні:

Заявляю, що я отримав роз'яснення в обсязі, зазначеному вище.

Якщо пацієнту не були надані такі відомості, має бути наведена причина їх ненадання:

Зазначте причину

м. Прага, дата Зазначте дату

....

підпис пацієнта / законного представника *ім'я, прізвище та підпис лікаря*

.....

підпис неповнолітнього пацієнта / пацієнта з обмеженою дієздатністю

Якщо пацієнт / законний представник не може підписати документ за станом здоров'я:

Причина, через яку пацієнт / законний представник неспроможний підписати документ:

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Зазначте причину	
Спосіб, яким пацієнт / законний представник висловив свою волю: Зазначте спосіб	
.....	
ім'я, прізвище та підпис свідка	