



FN MOTOL

Razítko pracoviště

Souhlas zákonného zástupce s hospitalizací nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností ve Fakultní nemocnici v Motole

Příjmení:
Jméno:
RČ pacienta:

A) Souhlas zákonného zástupce s hospitalizací

Přijímající lékař mne v dostatečném rozsahu informoval o zdravotním stavu osoby mnou zastupované, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách a pro osobu mnou zastupovanou navrhl hospitalizaci.

Vše mi bylo sděleno a vysvětleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše si řádně, v klidu a v dostatečné časové lhůtě rozvážit a měl jsem možnost zeptat se na vše, čemu jsem nerozuměl nebo co považuji za podstatné. Poučení o důvodech a nutnosti hospitalizace považuji za dostatečné, nemám další otázky. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **SOUHLASÍM** s hospitalizací osoby mnou zastupované ve Fakultní nemocnici v Motole a rovněž souhlasím s navrhovanou léčbou.

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

.....
.....

B) Poučení zákonného zástupce a pacienta o přítomnosti osob připravujících se na výkon zdravotnického pracovníka

Fakultní nemocnice v Motole je zdravotnickým zařízením, které slouží také výuce lékařů na postgraduálních školeních, studentů lékařských fakult a zdravotnických škol připravujících se na výkon zdravotnického povolání. Dovolujeme si Vás proto informovat, že se na zdravotních službách, které budou poskytnuty osobě Vámi zastupované, mohou podílet i osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka. Tyto osoby mají rovněž právo nahlížet do zdravotnické dokumentace osoby Vámi zastupované, a to v rozsahu nezbytně nutném k zajištění výuky. Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka jsou vázány povinností mlčenlivosti.

Máte právo přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a nahlížení do zdravotnické dokumentace zakázat. Váš případný zákaz nijak neovlivní poskytování zdravotních služeb.

(* V případě Vašeho zákazu prosím zakřížkujte)

- Výslovně tímto **ZAKAZUJI**, aby byly osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka přítomny poskytování zdravotních služeb osobě mnou zastupované. Rovněž zakazuji nahlížet těmto osobám do zdravotnické dokumentace vedené o osobě mnou zastupované.*

C) Záznam o vyjádření souhlasu/nesouhlasu zákonného zástupce s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta

Dle platných právních předpisů máte možnost určit osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu Vámi zastupované osoby nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací kterékoliv osobě. Současně máte možnost uvést, zda Vámi určené osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o Vámi zastupované osobě a zda jim náleží právo na pořízení výpisů nebo kopií. Určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu můžete kdykoliv odvolat.

(* Zakroužkujte platnou odpověď)

a) Vyslovuji ZÁKAZ podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované níže uvedené osobě (osobám). *

1) Jméno a příjmení.....tel.....

2) Jméno a příjmení.....tel.....

b) Vyslovuji ZÁKAZ podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované jakékoliv osobě. *

c) SOUHLASÍM s poskytováním informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované níže uvedené osobě (osobám): *

c1) Jméno a příjmení.....tel.....

Kontaktní adresa.....

Tato osoba má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - ANO - NE*

a právo na pořízení výpisů a kopií - ANO - NE*

c2) Jméno a příjmení.....tel.....

Kontaktní adresa.....

Tato osoba má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - ANO - NE*

a právo na pořízení výpisů a kopií - ANO - NE*

c3) V případě potřeby uveďte další osoby:

.....
.....

Dle platných právních předpisů máte právo určit, v jakém rozsahu mají být informace o zdravotním stavu osoby Vámi zastupované poskytnuty Vámi určeným osobám a dále máte právo sdělit, jakým způsobem mohou být informace o zdravotním stavu poskytovány (např. písemně, ústně, apod.).

(Zakroužkujte platnou odpověď')*

a) Souhlasím s informováním určených osob o zdravotním stavu osoby mnou zastupované v úplném rozsahu*

b) Žádám o informování určených osob o zdravotním stavu osoby mnou zastupované v následujícím rozsahu *(doplňte):* *

.....
.....

c) Informace o zdravotním stavu osoby mnou zastupované mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem *(doplňte např. ústně, písemně apod.):*

.....

D) Seznámení s vnitřním řádem pracoviště

Byl jsem poučen, že pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen řídit se vnitřním řádem zdravotnického pracoviště. Prohlašuji, že osoba mnou zastupovaná byla s tímto řádem seznámena, především s organizací a pravidly provozu na daném pracovišti. V postavení zákonného zástupce se zavazuji, že osoba mnou zastupovaná bude tento řád dodržovat.

E) Použití omezovacích prostředků

Souhlasím s omezením volného pohybu osoby mnou zastupované omezovacími prostředky (především úchopem, ochrannými pásy, kurty) za podmínek daných platnými právními předpisy, tedy za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti osoby mnou zastupované nebo jiných osob, a to pouze po dobu, po kterou trvají shora popsané důvody jejich použití.

F) Užívání vlastních léků

Byl jsem poučen, že ve Fakultní nemocnici v Motole se k léčbě osoby mnou zastupované budou používat pouze léky ordinované ošetřujícím lékařem *(lékařem oddělení, kde budu hospitalizován)*. **Bez souhlasu ošetřujícího lékaře nebude osoba mnou zastupovaná užívat žádné léky.** Proto veškeré léky, které jsem pro osobu mnou zastupovanou případně přinesl s sebou do nemocnice, předám ošetřujícímu personálu a tyto mi budou vráceny při ukončení hospitalizace.

G) Souhlas zákonného zástupce s označením lůžka jménem a datem narození

Souhlasím s označením lůžka osoby mnou zastupované na pokoji jejím jménem, příjmením a datem narození. **ANO - NE*** *(*zakroužkujte odpověď')*

H) Souhlas zákonného zástupce s přidělením dopravce Fakultní nemocnicí v Motole

Pokud lékař indikuje (doporučí) použití zdravotnické dopravní služby (sanita) k přepravě osoby mnou zastupované do místa bydliště, souhlasím s tím, aby osobě mnou zastupované byl vybrán konkrétní dopravce, který s Fakultní nemocnicí v Motole spolupracuje.

ANO - NE*

(*zakroužkujte odpověď; zaškrtnete-li NE, osoba Vámi zastupovaná tím neztrácí v případě indikovaného převozu nárok na sanitu)

I) Zákaz kouření

Byl jsem poučen o zákazu kouření ve vnitřních prostorách Fakultní nemocnice v Motole a v postavení zákonného zástupce se zavazuji, že jej bude osoba mnou zastupovaná dodržovat.

J) Užívání vlastních elektrospotřebičů

Prohlašuji, že veškeré elektrospotřebiče, které nejsou ve vlastnictví Fakultní nemocnice v Motole a které bude osoba mnou zastupovaná v nemocnici používat, jsou bez závad. Jsem srozuměn, že jsem z pozice zákonného zástupce odpovědný za případné škody vzniklé v souvislosti s provozem těchto spotřebičů.

K) Zákaz natáčení

Byl jsem poučen, že ve Fakultní nemocnici v Motole, zejména na zdravotnických pracovištích Fakultní nemocnice v Motole, je zakázáno natáčení a nahrávání, je zakázáno pořizování obrazových, zvukových, či obrazových i zvukových záznamů a zakázáno pořizování fotografických či obdobných snímků, s výjimkou případů, kdy se tak děje z medicínských důvodů po dohodě s lékařem. V případě, že poruším tento zákaz a použitím takové nahrávky/záznamu/snímku vznikne Fakultní nemocnici v Motole nebo jiné osobě újma, zavazuji se takovou újmu, ať již majetkovou či nemajetkovou, v plné výši Fakultní nemocnici v Motole (resp. jiné třetí osobě) nahradit.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka lékaře

.....
Podpis zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení.....Datum narození.....

Vztah k pacientovi.....



FN MOTOL

Razítko pracoviště

Informovaný souhlas zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů) osobě jím zastupované

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

1. Název zdravotního výkonu: Implantace kardiostimulátoru

Typ kardiostimulátoru a způsob zavedení:

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:

Účelem výkonu je zajistit dostatečně rychlou srdeční akci. Dobrá funkce převodního systému srdce je podmínkou normální činnosti srdečního svalu. Při fyzické či psychické zátěži tepová frekvence stoupá, čímž jsou pokryty zvýšené nároky jednotlivých orgánů a tkání na prokrvení a zásobení okysličenou krví. Je-li porušena tvorba vzruchu v síních či vedení vzruchu v srdci, je srdeční akce nepravidelná, příliš pomalá nebo srdeční stah nekoordinovaný. Častými klinickými projevy těchto poruch jsou slabost, snížení výkonnosti, srdeční selhání, zřídka (zvláště při náhle vzniklé poruše vedení vzruchu) i krátkodobé bezvědomí. Medikamentózní terapie těchto stavů (léčba léky) není na rozdíl od implantace kardiostimulátoru (zavedení kardiostimulátoru do srdce) většinou efektivní.

Kardiostimulátor se skládá z generátoru impulsů napájeného baterií a z elektrody popř. elektrod, které spojují generátor se srdeční síní nebo s komorou nebo s oběma dutinami současně. Elektroda vede elektrické signály z generátoru do srdce (stimulace) a také snímá impulsy vznikající v srdci a přivádí je zpět do generátoru (snímání).
Rozeznáváme:

- jednodutinový kardiostimulátor s elektrodou umístěnou v srdeční síní nebo komoře.
- dvoudutinový kardiostimulátor s elektrodami v síní i v komoře.
- biventrikulární kardiostimulátor s elektrodami v síní a v obou komorách

Implantace se provádí zpravidla v celkové anestézii na katetizačním nebo operačním sále.

Rozlišujeme dva způsoby implantace:

- při endovazální implantaci se elektroda popř. elektrody do srdce zavádějí vpichem žilou pod rentgenovou kontrolou. Kardiostimulátor je umístěn z malého řezu do podkoží nebo pod prsní sval v podklíčkové oblasti.
- při epikardiální implantaci se elektroda popř. elektrody našívají při operaci po otevření hrudníku přímo na povrch srdce. Kardiostimulátor je v těchto případech zpravidla uložen pod přímým svalem břišním.

4. Rizika zdravotního výkonu:

Pacienti jsou v průběhu výkonu pečlivě sledováni a všechny postupy jsou prováděny tak, aby se komplikacím předešlo. Přesto nelze výskyt komplikací zcela vyloučit.

Možnými komplikacemi jsou zejména: poruchy srdečního rytmu; stimulace svalů v okolí implantovaného kardiostimulátoru; vypadnutí elektrody ze správného místa v srdci s nutností opětovného zavedení; přerušení elektrody nebo porucha její izolace; nárůst energie potřebné na účinnou stimulaci s nutností zavedení nové elektrody; poranění cév nebo nervů v místě zavedení elektrod, které mohou vyžadovat chirurgické léčení; infekce v místě zavedení elektrod a kapsy kardiostimulátoru vyžadující operační vyjmutí celého stimulačního systému; keloidní (široká a navolitá) jizva po implantaci; alergická reakce na kontrastní látku nebo podávané léky, a to včetně anafylaktického šoku; tvorba sraženin v cévách či srdci; průnik vzduchu do cév a do

srdce; embolie (vmetek) včetně embolie do mozku s následnou mozkovou mrtvicí; poranění srdce s eventuelní nutností krevních převodů a chirurgického zákroku; úmrtí v důsledku výše uvedených komplikací.

Pacient po implantaci zůstává ležet na lůžku minimálně do dalšího dne (v závislosti na způsobu implantace). Kontroly kardiostimulátoru se provádějí pomocí magnetické programovací hlavy (telemetricky), která se přikládá na kůži nad implantovaný kardiostimulátor dle následujícího časového schématu: před propuštěním po implantaci, za 1 měsíc, za 3 měsíce a dále každých 6 měsíců v ambulanci Dětského kardiocentra. Při blízkém se vyčerpání baterie jsou kontroly opět v tříměsíčních intervalech. Životnost kardiostimulátoru závisí na mnoha faktorech a pohybuje se přibližně v intervalu 4 - 8 let. Při výměně generátoru pro vyčerpání baterie se vždy mění celý přístroj. Elektrody je často možno ponechat a napojit na nový generátor.

5. Alternativy zdravotního výkonu:

Nejsou.

V případě odmítnutí provedení výkonu se postupuje individuálně dle typu poruchy srdečního rytmu a s ohledem na věk pacienta.

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Předpokládaná doba hospitalizace: 5 - 7 dní

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 - 2 týdny

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- kontraindikace vyšetření pomocí magnetické rezonance (pacient nesmí být vyšetřován pomocí magnetické rezonance)
- vyhýbat se zdrojům silného elektromagnetického pole
- omezení sportovních aktivit podle základního onemocnění, zákaz kolizních sportů a sportů s vysokým rizikem úrazu

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů): pravidelné ambulantní kontroly kardiostimulátoru

8. Záznam o poučení pacienta/zákonného zástupce pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....

.....
Podpis a jmenovka lékaře

V Praze, dne.....

.....
Podpis lékaře provádějícího výkon

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

.....

V Praze, dne.....

.....
Podpis zákonného zástupce pacienta

NEBO
Podpis pacienta *

Identifikace zákonného zástupce pacienta:

1) Jméno a příjmení: Datum narození:

Vztah k pacientovi:

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.



Razítko pracoviště

**Informovaný souhlas zákonného zástupce
s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů) osobě jím
zastupované**

Příjmení: Jméno: RČ pacienta:

1. Název zdravotního výkonu:

- anestézie pro vyšetřovací nebo léčebný výkon

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

•

3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:

a) Celková anestézie (narkóza)

Celková anestézie znamená lékařem pomocí léků navozená a dále řízená ztráta vědomí po dobu nezbytně nutnou k provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu. Během celkové anestézie je vyřazeno jak vědomí, tak i vnímání bolesti.

Účelem anestézie je zajištění klidného a bezbolestného průběhu operačního výkonu nebo vyšetření.

Příprava k celkové anestézii začíná podrobným předoperačním vyšetřením, které provádí na požádání operátora praktický lékař pacienta, při komplikujících onemocněních lékař-specialista. K vyšetření patří i vyšetření krve, moči, EKG, RTG plic nebo další nezbytná speciální vyšetření dle doporučení lékaře-specialisty nebo operátora. Pacient a zákonný zástupce jsou dále informováni o předoperačních opatřeních (omezení jídla a pití, zákaz kouření a další dle typu výkonu) včetně užívání léků. Pokud je předpokládán výkon akutní, probíhají veškerá předoperační vyšetření v nemocnici.

Součástí anestézie je i tzv. premedikace. Večer v den před anestézií a ráno v den výkonu je pacientovi podán lék na zklidnění a odstranění úzkosti. Většinou se jedná o podání ústy (tablety, kapky), výjimečně injekčně do svalu nebo pod kůži. Po podání premedikace by pacient neměl vstávat z lůžka bez doprovodu zdravotnického pracovníka pro možné riziko pádu při možné ztrátě koordinace pohybu.

Po převzetí pacienta na operačním sále zavádí anesteziologická sestra nebo lékař pacientovi do žíly na horní končetině nitrožilní kanylku z umělé hmoty. Ta slouží k podávání

infuzních roztoků, transfuzních přípravků a léků potřebných k zahájení a dalšímu vedení anestézie.

Pro bezpečné vedení anestézie je pacient během anestézie trvale sledován monitorovacím systémem. Měření krevního tlaku se provádí v pravidelných intervalech pomocí manžety přiložené na paži (před usnutím pocit tlaku při nafouknutí manžety).

Pacientovi jsou na tělo nalepeny elektrody k sledování EKG a na prst ruky je připevněn snímač obsahu kyslíku v krvi.

Anestézie je zahájena podáním léků k úvodu do anestézie, pacient usíná a anestézie dále pokračuje dle potřeb operátora a také s ohledem k zdravotnímu stavu pacienta.

Dýchání je zajištěno u krátkých výkonů při vlastním dýchání pacienta anesteziologickou maskou, jinak jsou dýchací cesty zajištěny tzv. intubační rourkou. Ta je z umělé hmoty a zavádí se do průdušnice pacienta již v anestézii ústy nebo nosem. V některých případech je možné použít k zajištění dýchacích cest pomůcku – laryngeální masku.

Dokonalé a bezpečné zajištění dýchacích cest je nezbytné pro další bezpečný průběh výkonu. V některých výjimečných případech (úrazy obličeje, anatomické poměry) je nezbytné použít i speciální postupy a techniku (video, fibrooptický zavaděč).

Zejména při takovémto obtížném zajištění dýchacích cest nebo při špatném stavu chrupu pacienta může dojít k jeho poškození (i nesnímatelných protéz). Je proto nezbytné anesteziologa při pohovoru informovat o stavu chrupu, případně před výkonem navštívit zubního lékaře.

Po ukončení anestézie přechodně přetrvává účinek anestetik, pacient již reaguje na oslovení, ale na bezprostřední pooperační období si nepamatuje, postupně se spánek změkčuje k plnému vědomí.

V pooperačním období jsou pacientovi podávány léky proti bolesti, přičemž výběr léků-analgetik a cesta a způsob podání analgetik jsou závislé na povaze a rozsahu operačního výkonu. Pacient by v pooperační době neměl trpět bolestí! Nebojte se ohlásit ošetřující sestře nebo lékaři, že máte bolest, nesnažte se bolest překonat. Nikoho neobtěžujete!

b) Svodná anestézie a analgezie (epidurální, subarachnoidální (spinální), periferní nervové blokády)

Použitím místních anestetik dojde v určené oblasti těla k úplnému vyřazení bolesti, tím je umožněno provést operační zákrok.

Příprava pacienta je stejná jako u celkové anestézie: interní předoperační vyšetření, premedikace.

Při epidurální nebo subarachnoidální („spinální“) analgézii a anestézii je podáváno místní anestetikum do prostor, kde probíhají nervová vlákna z míchy. Podle místa operace je voleno i místo podání. Převážně se jedná o oblast bederní páteře, event. hrudní páteř. Znečitlivění se provádí speciálními jehlami, které jsou upravené zvláště pro tyto účely a významně snižují riziko komplikací. Vpich v předem určeném prostoru se provádí u pacienta v poloze na boku s pokrčenými dolními končetinami, předkloněnou hlavou a vyhrbenými zády (*poloha „kočičí hřbet“*). Další možnost podání je vsedě v předklonu.

Po desinfekci místa vpichu se znečitliví kůže místním anestetikem, dále se provede nalezení příslušného prostoru a podání anestetika. Při podání do epidurálního prostoru je možné zároveň zavést tenkou cévku k podávání analgetik jak během operace, tak i v pooperačním období k zajištění bezbolestnosti.

Při subarachnoidálním podání anestetika je se ztrátou citlivosti spojena i přechodná ztráta pohyblivosti anestetizované oblasti.

Periferní nervové blokády – podáním místního anestetika dojde k znecitlivění příslušné oblasti, která je daným nervovým svazkem ovlivňována. Nervové blokády se užívají k méně rozsáhlým nebo speciálním operacím na končetinách, ale i na krku.

Detekce příslušného nervového svazku se provádí pomocí přístroje, který vysílá drobné elektrické impulsy přes k tomu určenou jehlu. Elektrické impulsy vyvolají drobné záškuby svalstva, které je příslušným nervem řízené. Poté se podá místní anestetikum.

Svodná anestézie neovlivňuje vědomí pacienta. Vzhledem k tomu, že prostředí operačního sálu, operace a zvuky jsou pro pacienta stresující, jsou mu podávána během operace sedativa do žíly. Pacient pospává, je ale probuditelný a na pobyt většinou nemá nepříjemné vzpomínky.

Všechny výše popsané způsoby svodné anestézie je možné kombinovat jak mezi sebou, tak i s celkovou anestézií. To platí zejména v případech, kdy zvolená svodná anestézie není plně dostačující pro předpokládaný výkon (rozšíření výkonu, délka výkonu, nedostatečná anestézie rozsahem nebo intenzitou).

c) Analgosedace – podání analgetik a sedativ nitrožilně, operační výkon probíhá bezbolestně, pacient je v lehkém umělém spánku, kdykoliv probuditelný.

4. Rizika zdravotního výkonu:

Celková anestézie: zejména bolest v krku, chrapot, pooperační nevolnost až zvracení, bolest svalů, poranění cév, zubů, dýchacích cest, zvýšená únava, alergická nebo toxická reakce na podané léky.

Svodná anestézie: zejména poranění cév, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, bolesti hlavy, vzácně porucha citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, zadržování moče, toxická nebo alergická reakce na anestetikum, nedostatečná účinnost svodné anestézie.

Zcela výjimečně může v souvislosti s podáním anestézie následovat přechodné nebo i trvalé postižení jedné nebo více životně důležitých funkcí nebo úmrtí.

5. Alternativy zdravotního výkonu:

Anesteziolog jako lékař specialista navrhuje Vámi zastupované osobě co možná nejvhodnější druh anestézie vzhledem k rozsahu operace nebo výkonu a zároveň k stávajícímu zdravotnímu stavu osoby Vámi zastupované.

Jako alternativy se nabízí:

celková anestézie
spinální anestézie
kontinuální epidurální pooperační analgezie
analgosedace
epidurální anestézie
jiná svodná anestézie

Prohlášení zákonného zástupce o výběru druhu anestézie:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem anesteziologem srozumitelně poučen o jednotlivých druzích anestézie a rozhodl jsem se pro:

.....

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Předpokládaná doba hospitalizace:

- anestézie bez komplikací nemá vliv na délku hospitalizace

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- 24 hodin od celkové anestézie. U spinální anestézie po dobu 8 hodin, u epidurální anestézie a analgezie po dobu zavedení katetru.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- 24 hodin od celkové anestézie. U spinální anestézie po dobu 8 hodin, u epidurální anestézie a analgezie po dobu zavedení katetru.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- v souvislosti s jakýmkoliv typem anestézie nejsou žádná

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

Je nezbytné, aby zákonný zástupce zajistil osobě jím zastupované transport z nemocnice a doprovod, a do 24 hodin po celkové i svodné anestézii trvající dohled k tomu vhodné osoby; důrazně se nedoporučuje jezdit bez doprovodu prostředky hromadné dopravy.

Zákonnému zástupci je sděleno telefonické spojení na Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol.

Do 24 hodin od anestézie se pacient nesmí věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost.

Do 24 hodin od anestézie pacient nesmí požívat alkoholické nápoje nebo jiné návykové látky.

Příprava pro pacienty přicházející do nemocnice v den výkonu, který bude proveden v anestézii, je součástí „Poučení pro pacienty podstupující výkon v celkové anestézii“.

8. Poučení zákonného zástupce a pacienta a zjištění názoru pacienta:

Zákonný zástupce má právo svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb osobě jím zastupované, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Vždy je však třeba zjistit názor nezletilého pacienta, který je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se, a názor pacienta s omezenou svéprávností k právním úkonům.

(*zakroužkujte jednu z možností a-c)

a) Nezletilý pacient je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se a s navrhovaným zdravotním výkonem souhlasí (pacient s omezenou svéprávností s navrhovaným zdravotním výkonem souhlasí).

b) Nezletilý pacient je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se, ale s navrhovaným zdravotním výkonem nesouhlasí, a to z následujících důvodů (pacient s omezenou svéprávností s navrhovaným zdravotním výkonem nesouhlasí):

.....
.....

c) Názor pacienta nemohl být zjištěn z následujících důvodů:

.....

9. Odpovědi na doplňující otázky zákonného zástupce a pacienta:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného zákonného zástupce a pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o zdravotním stavu pacienta a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas zákonného zástupce:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované (viz výše), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi.

Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

.....
.....

V Praze, dne

.....
Podpis zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Odmítá-li se zákonný zástupce podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen odmítnutí:

Jméno a příjmení svědka:

Důvody nepodepsání souhlasu:

V Praze, dne

.....
Podpis svědka