

 <b>NEMOCNICE HOŘOVICE</b>	INFORMOVANÝ SOUHLAS <b>ANESTEZIOLOGICKÝ, ANALGEZIOLOGICKÝ VÝKON</b>
	IS - 004 Z Verze: 01

Identifikační údaje pacienta/ky:	Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:
Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:
Rodné číslo:	Rodné číslo:
Trvalé bydliště:	Trvalé bydliště:
Zdravotní pojišťovna:	Vztah k pacientovi:
Oddělení:	

**I. Důvod prováděného výkonu:** \_\_\_\_\_

<b>Typ výkonu:</b> (lékař označí takto <input checked="" type="checkbox"/> ) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zavedení epidurálního katétru s tunelizací</li> <li><input type="checkbox"/> Zavedení centrálního žilního katétru</li> <li><input type="checkbox"/> Zavedení arteriálního katétru</li> <li><input type="checkbox"/> Zavedení dialyzačního katétru</li> <li><input type="checkbox"/> Zavedení stimulační elektrody</li> <li><input type="checkbox"/> Zavedení katétru k nervovému plexu nebo nervu</li> <li><input type="checkbox"/> Periferní nervová blokáda s neurostimulátorem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kaudální blokáda</li> <li><input type="checkbox"/> Blokáda SI skloubení</li> <li><input type="checkbox"/> Analgetický místní opich</li> <li><input type="checkbox"/> Nitrokloubní injekce</li> <li><input type="checkbox"/> Blokáda periferního nervu</li> <li><input type="checkbox"/></li> </ul> <b>Znecitlivění k výkonu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sedace nebo analgosedace</li> <li><input type="checkbox"/> Lokální anestézie</li> </ul>
---	--

**Rizika výkonu:**

- o Alergické, toxické a vedlejší účinky použitých léčiv a desinfekce.
- o Poranění cév s krvácením, poranění nervových pletení nebo nervu, pneumotorax, poranění anatomických struktur okolí místa vpichu, otok, bolest v místě atd.
- o Infekční komplikace související s použitou technikou
- o U epidurální (kaudální) blokády a zavedení epidurálního katétru (poranění cév s krvácením, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, bolesti hlavy, infekce v oblasti vpichu, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, retence moče, alergické, toxické a vedlejší účinky použitých léčiv atd.).
- o Možnost selhání techniky nebo vzniku resistance na účinek léku

**Velmi vzácná rizika:**

- o Možnost chirurgické intervence při poškození tělesných orgánů nebo velkých cév s nutností použití techniky celkové nebo svodné anestézie
- o Možnost rozšíření infekce a rozvoje septického stavu
- o Možnost rozvoje šokového stavu

Poznámka/jiná rizika: \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že jsem pacienta/ku způsobilého k podpisu souhlasu řádně a srozumitelně seznámil/a s důvodem, charakterem a způsobem provedení plánovaného výkonu a eventuelním druhem znecitlivění k výkonu, které přicházejí v úvahu. Rovněž jsem pacienta/ku seznámil/a s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně těch nejzávažnějších.

**Vysvětlující pohovor provedl dne:**

**(razítko a podpis lékaře)**

**II. Vyplní pacient/ka (zákonný zástupce)**

1) Byl/a jsem informován/a a poučena, že léky či jiné látky, které užívám, mohou způsobit komplikace během výkonu. Jsem si vědom/a, že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.

2) Byl/a jsem informován/a a poučen/a, že během výkonu může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.

3) Jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm pro podání krve a/nebo krevních derivátů, s podáním krve a/nebo krevních derivátů souhlasím. Byl/a jsem informován/a a poučen/a, že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfúze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).

4) Byl/a jsem informován/a a poučen/a o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací prováděného výkonu.

5) Byl/a jsem informován/a lékařem o navrženém typu znecitlivění během výkonu.

6) Byl/a jsem seznámen/a s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup a/anebo včasné odvolat svůj souhlas s výkonem.

7) Mé osobné údaje a údaje ze zdravotnické dokumentace týkající se mého zdravotního stavu budou poskytnuty v případě poškození mého zdraví pojišťovně, u které má Nemocnice Hořovice pojištěnu odpovědnost za škodu a pojistnému makléři spravujícímu tato pojištění. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.

souhlasím

nesouhlasím

8) Na mém ošetřování se mohou účastnit studenti lékařských fakult, studenti nelékařských zdravotnických oborů, kteří zde provádějí praxi pod dohledem odborného zdravotnického personálu NH.

souhlasím

nesouhlasím

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, účel, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mně ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.

S provedením výše plánovaného výkonu souhlasím a „Informovaný souhlas“ vlastnoručně podepisuji svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku.

Jsem srozuměn/a s tím, že výše uvedený lékařský výkon/postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

Datum .....

.....

**Podpis pacienta/ky,  
zákonného zástupce, opatrovníka**

**Vyplní lékař:**

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

aktuální stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu/výkonu

pacient (zákonný zástupce-identifikace) odmítl podepsat

z důvodu:.....

Způsob projevu souhlasu:

Způsob projevu nesouhlasu:

**Datum:**

**Podpis svědka/ů:**

**Podpis a jmenovka lékaře:**