

 NEMOCNICE HOŘOVICE	INFORMOVANÝ SOUHLAS
	KONTINUÁLNÍ EPIDURÁLNÍ ANESTÉZIE K PORODU (KEDA)

Identifikační údaje pacientky:	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. Epidurální analgezie při porodu je metoda používaná ke zmírnění porodních bolestí podáním malé dávky směsi znečítlivujících látek do epidurálního prostoru páteře. Epidurální prostor je místem, kudy procházejí nervy vedoucí mimo jiné i bolest při porodu.

Dobu podání analgezie určí porodník po dostatečném otevření děložního hrdla. Vlastní výkon provádí anesteziolog. Před výkonem Vám bude odebráno malé množství krve k provedení testů krevní srážlivosti. Anesteziolog Vás seznámí s výkonem a odebere krátkou anamnézu zvláště se zřetelem na alergie a poruchy krevní srážlivosti. Pak společně podepíšete tento informovaný souhlas.

Výkon se provádí většinou v poloze na levém boku. Budete vyzvána, abyste co nejvíce vyhrbila záda do polohy „kočičího hřbetu“ – anesteziologická sestra Vám pomůže přitáhnout kolena k břichu a sklonit hlavu co nejvíce k hrudníku. Anesteziolog následně dezinfikuje kůži zad a okolí zakryje sterilními rouškami. Pak Vám tenkou jehličkou provede vpich a umrtví Vám kůži místním anestetikem, což mírně zabolí a bude v místě tláčit. Potom anesteziolog již bezbolestně zavede speciální jehlu do epidurálního prostoru cestou mezi dvěma bederními obratli. Zavedenou jehlou protáhne tenkou hadičku (katétr) do epidurálního prostoru a jehlu po katétru vyjme. Místo vpichu anesteziolog ošetří a sterilně zakryje, katétr přilepí náplastí ke kůži až na vaše rameno. Konec katétru opatří anesteziolog antimikrobiálním filtrem, na něj napojí injekční stříkačku se směsí znečítlivujících látek a podá první dávku, jejíž účinek nastoupí zhruba do 10-30 minut. Postupně se Vám bude zdát, že porodní stahy se stávají kratšími a pak i méně bolestivými až nakonec budete vnímat jen tlak v bříšku a bolest téměř úplně zmizí. Současně můžete vnímat teplo a brnění do dolních končetin, můžete i vnímat svědění po celém těle jako vedlejší účinek znečítlivujících látek. Nemělo by dojít ke ztrátě hybnosti dolních končetin, tak abyste mohla s dopomocí během porodu vstávat a chodit. Aby nebyla přerušena účinnost znečítlivujících látek a znovu se neobjevila bolest, dostanete malou pumpičku, která vám bude znečítlivující látky kontinuálně podávat do katétru. Po porodu Vašeho dítěte Vám anesteziolog katétr odstraní, jeho vyjmutí je zcela bezbolestné. Pokud by došlo ke komplikaci a Váš porod by musel být ukončen operativně (císařským řezem), je možno katétrelem podat silnější znečítlivující látky tak, aby mohla být operace provedena zcela bezbolestně bez nutnosti použití celkové anestézie.

Možná rizika epidurální analgezie:

- Alergické, toxické reakce, většinou kožní, ale vzácně provázené i šokovým stavem
- Vedlejší účinky použitých léčiv a desinfekce
- Poranění cév s krvácením, poranění nervových pletení nebo nervu, poranění anatomických struktur okolí místa vpichu, infekce, otok, bolest v místě atd.
- Bolesti zad, bolesti hlavy, infekce a krvácení v páteřním kanálu, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znečítlivění, retence moči atd.
- Možnost selhání techniky nebo vzniku resistance na účinek léku

Poznámka/jiná rizika:.....

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

Vysvětlující pohovor provedl dne:

(razítko a podpis lékaře)

II. Vyplní pacientka (zákonný zástupce)

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

2) Byla jsem informována a poučena, 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. Byla jsem informována a poučena, 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) Byla jsem informována a poučena o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací prováděného výkonu.

5) Byla jsem informována lékařem o navrženém typu znecitlivění během výkonu.

6) Byla jsem seznámena s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup a/nebo včasné odvolat svůj souhlas s výkonem.

7) Mé osobní 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 pojištěnému 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. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mně ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla.

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

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

Datum

.....

**Podpis pacientky,
zákonného zástupce, opatrovníka**

Vyplní lékař:

Pacientka není schopna podpisu. Svůj souhlas vyjádřila:

- 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: