



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU - Podání nitrožilní analgosedace ke koloskopickému vyšetření

Oddělení:

Jméno a příjmení informujícího lékaře:

Datum:

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta:

1. Údaje o povaze onemocnění a předpokládaném vývoji (prognóze):

Koloskopické vyšetření lze provést bez tlumení bolesti nebo v nitrožilně podávané analgosedaci (zmírnění bolesti, uklidnění, odstranění úzkosti).

2. Údaje o plánovaných postupech při léčbě včetně označení, zda tyto postupy mají nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si z několika možností léčby včetně stručného hodnocení jednotlivých možných postupů:

Koloskopické vyšetření lze provést bez tlumení bolesti.

3. Údaje o účelu zdravotního výkonu a o tom, jak bude příslušný výkon probíhat:

Jedná se o podání silného analgetika (lék proti bolesti) a sedativa (lék na uklidnění a proti úzkosti) přímo do žíly. Během výkonu probíhá nepřetržitě sledování životních funkcí – puls, krevní tlak, kyslíková saturace v krvi.

4. Údaje o možných rizicích a důsledcích léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:

Nitrožilní analgosedace může na řadu hodin ovlivnit pozornost, pohybovou koordinaci, hrozí pád při pohybu apod. Mohou být poruchy paměti a snížena schopnost učit se. Další rizika nitrožilní analgosedace jsou vzácná. Může vzniknout alergická reakce na podané látky, amnesie (ztráta paměti na dobu během výkonu, ale i po výkonu), nucení na zvracení, zvracení, velmi vzácně poruchy chování, modřina v místě vpichu.

5. Údaje o předpokládaném prospěchu léčby jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonů a jejich významu pro zdravotní stav pacienta:

Zmírnění bolesti, uklidnění, odstranění úzkosti.

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu, lze-li takové omezení předpokládat:


Po vyšetření setrváváte 2 hodiny v klidu v čekárně a odejdete s doprovodem až po svolení lékaře či sestry. 24 hodin po vyšetření platí zákaz řízení motorových vozidel, vykonávání jakékoliv činnosti vyžadující větší pozornost, pohyb mimo bydliště bez doprovodu, právní úkony apod. Pokud nelze zajistit doprovod, je možné podat nitrožilní analgosedaci, ale následně musí být pacient uložen na nemocniční lůžko po dobu 4 - 6 hodin a poté propuštěn v doprovodu domů, kde musí dodržovat výše uvedená pravidla.

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Před výkonem (při objednávání a těsně před výkonem) sdělte zdravotnickému personálu akutně vzniklé onemocnění a potíže. Dále chronické nemoci zejména onemocnění srdce, vysoký krevní tlak, choroby plic, ledvin, jater, nervové a svalové poruchy, alergie a další nemoci dle dotazu lékaře.

Dle pokynů lékaře si vezměte vybrané léky ráno před výkonem a zapijte je douškem vody. Na vyšetření se dostavte s doprovodem (rodinný příslušník, přítel apod.).

- Pacient prohlašuje, že byl poučen o právu pacienta svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní předpisy toto právo nevylučují.
- Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že obdržel informace podle bodu 1-8 a těmito informacím porozuměl.

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., Máchova 400, 256 30 Benešov, IČ: 27253236, www.hospital-bn.cz		
Identifikační značka: Informační sdělení	Stránka 2 z 2	
Název: Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotního výkonu	Platnost od: 1.8.2012	

10. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že lékař, který mu poskytl potřebné informace a poučení, mu osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl možnost klást mu doplňující otázky, na které mu bylo řádně odpovězeno.
11. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasí s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů.
12. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasí, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

.....
Podpis lékaře, který pacientovi informaci poskytl

.....
Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Nemůže-li pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

Pro záznam o odvolání informovaného souhlasu pacientem nebo jeho zákonným zástupcem se použije přiměřené prohlášení o odmítnutí zdravotní péče.

Zákonný zástupce
Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vztah k pacientovi: