

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

<i>Jméno, příjmení pacienta:</i>		<i>Datum narození:</i>
<i>Lékař zodpovědný za poučení pacienta:</i>		
<i>Pracoviště /oddělení:</i>		

<i>Poučení pacienta o výkonu:</i>	Sedace, analgosedace
<i>Účel provedení výkonu /indikace/:</i>	K některým diagnostickým a léčebným výkonům, které jsou pro pacienta nepříjemné a bolestivé, je nutný spánek - podání sedace a podání léků od bolesti - analgetik. Sedaci, analgosedaci podává nejčastěji lékař anesteziolog na příslušném pracovišti.
<i>Příprava k výkonu:</i>	Pacient přichází z domu nalačno. Pacient je před výkonem vyšetřen na anesteziologické ambulanci KHN, nebo je vyšetření provedeno lékařem, který výkon indikoval. Pacient nesmí mít na sobě kovové předměty, make-up, nalakované nehty, snímatelnou zubní náhradu. Dlouhé vlasy musí být stažené (gumkou).
<i>Průběh výkonu:</i>	Lékař anesteziolog nebo sestra pacientovi zajistí i.v. přístup, zavede kanylu do žíly na ruce a může napojit infuzi. Poté lékař podá daný lék -anestetikum do žíly. Následuje krátký spánek, během něhož si pacient dýchá kyslík pomocí masky přiložené na obličej. Po celou dobu je pacient monitorován, po probuzení následuje dospání na příslušném oddělení nebo ambulanci nebo převezení na mezioborovou JIP nemocnice. Domů pacient odchází týž den minimálně 2 hod. po výkonu a s doprovodem, který si sám zajistí, nebo odchází domů následující den. Po dobu 24 hod. pacient nesmí řídit motorová vozidla nebo vykonávat jinou činnost vyžadující zvýšenou pozornost, podepisovat právní dokumenty nebo činit důležitá prohlášení.
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dráždění, pálení v místě vpichu a po podání léku modřina (hematom) v místě vpichu. 2. Nevolnost, zvracení. 3. Oběhové komplikace - výkyvy krevního tlaku, nepravidelná srdeční činnost, závratě, slabost. 4. Dechové potíže – nedostatečné okysličení při mělkém dýchání, dušnost. 5. Alergické reakce na podané léky.

<i>Poučení pacienta o výkonu:</i>	Kyslíková terapie (oxygenoterapie)
<i>Účel provedení výkonu /indikace/:</i>	Kyslíková terapie (léčba kyslíkem) je poskytována pacientům v pooperační péči, v době pobytu na jednotce intenzivní péče nebo standardním oddělení nebo v průběhu některých diagnostických nebo léčebných úkonů. Jejím smyslem je zvýšení nabídky kyslíku pro organismus, jako nezbytné součásti látkové výměny v organismu. Podávání kyslíku umožní překonat kritické období nebo urychlí rekonvalescenci.
<i>Průběh výkonu:</i>	V případě potřeby je pacientovi podán zvlhčený kyslík kyslíkovou maskou (přiloženou na ústa a nos) nebo kyslíkovými brýlemi (přípevnění do nosních dírek). Množství a dobu podávaného kyslíku určí lékař.
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	Možné komplikace a rizika jsou spojeny s charakterem plynu, jeho výbušností, hořlavostí, zejména v blízkosti otevřeného ohně nebo tukových látek.
<i>Poučení o bezpečnostních opatřeních:</i>	Pacient je poučen o hlavních bezpečnostních zásadách a souhlasí, že: <ul style="list-style-type: none"> - nebude manipulovat s ohněm v místech rozvodu kyslíku, - při pobytu na jednotce intenzivní péče, na pooperační jednotce nebo v místě, kde jsou přítomny rozvody kyslíku, nebude mít u sebe zdroj ohně, - nebude poskytovat zdroj ohně jiným pacientům přicházejícím do styku s rozvody kyslíku nebo pacientům, jimž je podáván kyslík, - nebude manipulovat se zdroji kyslíku (ventily, kyslíkové bomby), - si nebude v době kyslíkové terapie aplikovat na kůži (ruce, obličej) žádné krémy a jiné mastné roztoky.

<i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i>	<p>Já pacient (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl(a) jasnou a mně srozumitelnou formou informován(a) o léčebném postupu. Prohlašuji, že jsem všem informacím jasně porozuměl(a), jsem obeznámen(a) s postupem i komplikacemi výkonu. Rovněž mi bylo umožněno klást otázky a diskutovat s lékařem o této problematice.</p> <p>Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s tím, aby byly provedeny další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.</p> <p>Zároveň prohlašuji, že jsem anesteziologa pravdivě informoval(a) o svém zdravotním stavu a v posledních třech týdnech jsem neprodělal(a) infekční onemocnění dýchacích cest (rýma, chřipka, angína).</p> <p>S provedením sedace, analgosedace a kyslíkové terapie (oxygenoterapie) souhlasím.</p>
<i>Datum:</i>	
<i>Podpis pacienta /zákonného zástupce/:</i>	
<i>Podpis lékaře:</i>	