

INFORMAČNÝ HÁROK A INFORMOVANÝ SÚHLAS K VÝKONU BIEROVA BLOKÁDA

(poučenie a informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona NR 576/2004 Z.z.)

Algeziologická ambulancia

Pacient (Meno a Priezvisko):

Rodné číslo, číslo poistenca:

Zákonný zástupca pacienta¹:

Pacient ošetrový/á dňa:

U pacienta po predchádzajúcom poučení a súhlase, v AGG ambulancii

s diagnózou:

.

a po vykonaní odborných vyšetrení, **je indikovaný zákrok: BIEROVA BLOKÁDA.**

Poučenie pacienta

Zákrok bude vykonaný nasledovným spôsobom: po zaistení periférnej žily na dorze ruky alebo nohy, zdvihnutí končatiny a vytlačení krvi z venózneho systému pomocou bandáže elastickým ovínamom nafúkne v oblasti stehna alebo ramena turniket manometra. Potom elastickú bandáž uvoľníme a presvedčíme sa, že venózny systém príslušnej končatiny sa krvou znovu nenaplní. Cez predtým zaistenú periférnu žilu na dorze naplníme venózny systém lokálnym anestetikom. Lokálne anestetikum necháme pôsobiť cca 40 minút. Po 40 minútach budeme turniket postupne uvoľňovať, až do opätovného úplného naplnenia venózneho systému krvou.

Účelom zákroku je: zmiernenie bolesti v príslušnej časti tela a menšia intenzita bolesti po odoznení účinku lokálneho anestetika.

Možné následky a riziká priamo počas zákroku: alergická reakcia, bradykardia, nauzea, zvracanie, bolesť pri nafúknutí manžety manometra.

Možné následky a riziká následne po zákroku: infekčné a neurologické komplikácie, hematóm, petechie.

Nevykonanie zákroku môže mať za následok: pretrvávanie bolesti, zhoršenie aktuálneho stavu.

Možné alternatívne formy liečby: farmakoterapia.

Riziká a možné následky alternatívnej liečby: nežiaduce účinky spojené s užívaním príslušného farmaka uvedené v liekopise.

Riziká odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti: ako pri nevykonanom zákroku.

Beriem na vedomie a súhlasím s tým, že:

- toto poučenie nemusí obsahovať kompletne informácie a že sa môžu vyskytnúť komplikácie, ktorých vznik sa nedá predpokladať,
- termín zákroku je orientačný a môže byť, hlavne u plánovaných výkonov, zmenený v prípade nevyhnutnosti akútnych zákrokov u iných pacientov alebo na základe materiálno-technických či personálnych možností oddelenia,
- zákrok nemusí vykonať lekár, ktorý ma na zákrok objednal,
- zákrok môže vykonať lekár v predatestačnej príprave pod dohľadom plne kvalifikovaného lekára,
- pred, počas a po zákroku môžu byť vyhotovované fotografie, video sekvencie a sonografické snímky, ktoré budú použité na výučbu zdravotníckych pracovníkov, pričom ani na jednom zábere nesmie byť moja osoba identifikovateľná,
- neexistuje žiadna záruka, že zákrok a liečba prebehne bez komplikácií a výsledný efekt liečby bude zodpovedať predpokladanému výsledku a odstráneniu mojich ťažkostí,
- v prípade vážnych komplikácií môže byť pacient hospitalizovaný na OAIM za účelom podpory a udržiavania vitálnych funkcií.

¹ najmä rodič maloletej osoby, opatrovník osoby nespôsobilej na právne úkony ustanovený súdom, alebo aj iné osoby ustanovené súdom alebo

príslušným orgánom a pod.

* výber prosím označiť krížikom

Informovaný súhlas pacienta - zákonného zástupcu¹

Svojim podpisom potvrdzujem (resp. zástupca pacienta) dostatočnú informovanosť o povahe môjho ochorenia, vážnosti svojho zdravotného stavu, o rôznych možnostiach jeho liečby, o komplikáciách vyplývajúcich zo zákroku o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou s dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Zároveň potvrdzujem, že som bol(a) lekármi dostatočne poučený(á) o podmienkach, princípe a postupe liečby.

Potvrdzujem svojim podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované. (V prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

.....

Poučenie* **prijímam** **neprijímam**

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom*

súhlasím **nesúhlasím**

.....
 Podpis pacienta/zákonný zástupca¹:

.....
 Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára:

V, dňa: čas:

Záznam o odvolaní informovaného súhlasu

Hore menovaný pacient - zástupca pacienta **odvolávam** svoj informovaný **súhlas** daný ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi na vykonanie zákroku bierova blokáda.

.....
 Podpis pacienta/zákonný zástupca¹:

.....
 Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára:

V, dňa: čas:

Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas²:

.....

V, dňa: čas:

¹ najmä rodič maloletej osoby, opatrovník osoby nespôsobilej na právne úkony ustanovený súdom, alebo aj iné osoby ustanovené súdom alebo príslušným orgánom a pod.

² Podľa §6 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z. z., ak informovaný súhlas dal zákonný zástupca, súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie je aj vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

* výber prosím označiť krížikom