

INFORMAČNÝ HÁROK A INFORMOVANÝ SÚHLAS K VÝKONU BLOKÁDA GANGLION SPHENOPALATINUM

(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 ošetrovaný/á dňa:

U pacienta po predchádzajúcom poučení a súhlase, v AGG ambulancii

s diagnózou:

a po vykonaní odborných vyšetrení je indikovaný zákrok: **BLOKÁDA GANGLION SPHENOPALATINUM.**

Poučenie pacienta

Zákrok bude vykonaný nasledovným spôsobom: do oboch nosných dierok zavedieme 12cm vatové tyčinky po spodine nosa až na kontakt so zadnou stenou nosohltana, tyčinky obsahujú 4% Lidocain, následne budeme pridávať 0,1 ml 4% Lidocainu do lumenu oboch tyčiniek každých 5 minút, celkovo 5x, po 5 aplikáciách (20 minút) vatové tyčinky z nosa vytiahneme.

Účelom zákroku je: zmiernenie bolesti hlavy a menšia intenzita bolesti po odznení účinku lokálneho anestetika.

Možné následky a riziká priamo počas zákroku: prechodné znečítlivenie hrdla, nauzea, závraty, zvracanie, nepríjemné pocity v oblasti nosa a nosohltana, zhoršenie už existujúcich bolesti hlavy.

Možné následky a riziká následne po zákroku: infekčné a neurologické komplikácie, krvácanie z nosa.

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:

1. toto poučenie nemusí obsahovať kompletne informácie a že sa môžu vyskytnúť komplikácie, ktorých vznik sa nedá predpokladať,
2. termín zákroku je orientačný a môže byť, hlavne u plánovaných výkonov, zmenený v prípade nevyhnutnosti akútnych zákrokov u iných pacientov alebo na základe materiálo-technických či personálnych možností oddelenia,
3. zákrok nemusí vykonať lekár, ktorý ma na zákrok objednal,
4. zákrok môže vykonať lekár v predatestačnej príprave pod dohľadom plne kvalifikovaného lekára,
5. 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,
6. neexistuje žiadna záruka, že zákrok a liečba prebehne bez komplikácií a výsledný efekt liečby bude zodpovedať predpokladanému výsledku a odstráneniu mojich ťažkostí,
7. 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 indikovanie liečby blokádou ganglion sphenopalatinum.

.....
 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