

## INFORMAČNÝ HÁROK A INFORMOVANÝ SÚHLAS K VÝKONU APLIKÁCIA INFÚZNEJ LIEČBY

(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 pacienta<sup>1</sup>:** . . . . .

**Pacient ošetrovaný/á dňa:** . . . . .

U pacienta po predchádzajúcom poučení a súhlase, v AGG ambulancii . . . . .

**s diagnózou:** . . . . .

. . . . .  
a po vykonaní odborných vyšetrení je indikovaný zákrok: **APLIKÁCIA INFÚZNEJ LIEČBY.**

### Poučenie pacienta

**Zákrok bude vykonaný nasledovným spôsobom:** *po zaistení periférnej žily flexibilnou kanylou na hornej končatine bude aplikovaná infúznym podaním zmes liečiv.*

*Pred, počas a po skončení infúznej aplikácie liečiv bude monitorovaný stav vedomia, krvný tlak, pulz a saturácia krvi kyslíkom. Infúzna aplikácia liečiv bude trvať podľa indikácie približne jednu hodinu až dve hodiny. Následne minimálne 6 hodín po aplikácii doporučujeme telesný klud, nešoférovať, neobsluhovať elektrické prístroje.*

**Účelom zákroku je:** *zmiernenie bolesti.*

**Možné následky a riziká priamo počas zákroku:** *alergická reakcia, bradykardia, tachykardia, nauzea, zvracanie, hematóm v mieste infúzie.*

**Možné následky a riziká následne po zákroku:** *hematóm, bolesť v mieste flexibilnej kanyly.*

**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 materiálno-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.

<sup>1</sup> 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 zástupcu<sup>1</sup>**

Svojim podpisom potvrdzujem (resp. zástupca pacienta) dostatočnú informovanosť o povahe môjho ochorenia, vážnosti svojho zdravotného stavu, o rôznych možnostiach jeho liečby, o komplikáciách vyplývajúcich z liečby, 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 vyšetрил, 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 zástupca<sup>1</sup>:**

.....  
**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 - aplikácia infúznej liečby.

.....  
**Podpis pacienta/zákonný zástupca<sup>1</sup>:**

.....  
**Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára:**

V ....., dňa: ..... čas: .....

**Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas<sup>2</sup>:**

.....  
 .....

V ....., dňa: ..... čas: .....

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

<sup>2</sup> 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