

INFORMAČNÝ HÁROK A INFORMOVANÝ SÚHLAS K VÝKONU NASADENIE SILNÝCH OPIOIDOV DO LIEČBY BOLESTI

(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 indikované nasadenie silných opioidov do liečby bolesti.

Pravidlá liečby chronickej bolesti opioidmi

Silné opioidy sú lieky s vysokou účinnosťou proti bolesti. Ich dlhodobé užívanie môže významne zlepšiť kvalitu života pacienta, ktorý trpí silnou a ťažko ovplyvniteľnou bolesťou, ale má aj svoje nevýhody. Užívanie opioidov môže u vnímavých jedincov viesť ku vzniku závislosti na týchto liekoch. Aby toto riziko bolo čo najnižšie, je potrebné nutne dodržiavať určité pravidlá. Pokiaľ pacient dodržiava presne pokyny lekára, sú tieto lieky bezpečné. Lekár starostlivo sleduje príznaky, ktoré by mohli signalizovať nadužívanie alebo zneužívanie predpisovaného lieku.

Z tohto dôvodu pacient podpisuje súhlas s podmienkami liečenia silnými opioidmi:

1. Opioidy mi bude predpisovať len lekár zo zdravotníckeho zariadenia, kde je bolesť odborne liečená, pokiaľ nebude určené inak.
2. Zvážim aj ďalšie možnosti liečby, ktoré mi budú odporúčené a budem pripravený znížiť alebo ukončiť liečbu opioidmi, pokiaľ bude dostupný iný druh účinnej liečby.
3. Budem užívať lieky presne podľa odporúčenia a nebudem svojvoľne meniť dávkovací režim – nebudem si dávku sám zvyšovať a ani lieky vysadzovať bez konzultácie s lekárom.
4. Budem dochádzať na stanovené pravidelné kontroly.
5. Pokiaľ by u mňa vzniklo iné ochorenie vyžadujúce predpisovanie liekov, ktoré ovplyvňujú úroveň vedomia (hypnotiká, psychofarmaká, narkotiká) alebo pokiaľ by som bol(a) z akéhokoľvek dôvodu hospitalizovaný(á), budem bez omeškania informovať lekára, ktorý mi opioidy predpisuje. Rovnako tak musím v priebehu iného ochorenia (napr. zápal slepého čreva, zápal pľúc, infarkt...) informovať lekára, ktorým práve budem liečený(á) o tom, že pravidelne a dlhodobo užívam opioidy na liečenie chronickej bolesti.
6. Lieky aj predpis musia byť uchovávané na mieste, ku ktorému nebudú mať prístup iné osoby alebo deti.
7. Lieky nesmú byť požičiavané, predávané alebo s nimi inak manipulované. Neposkytnem lieky iným osobám.
8. Som informovaný(á), že v prípade straty alebo odcudzenia receptov mi nemusí byť poskytnutá náhrada.
9. Bol(a) som poučený(á), že užívanie týchto liekov, môže znížovať schopnosť sústredenia sa a udržania pozornosti, a tým môže byť ohrozená schopnosť riadenia motorových vozidiel a obsluha strojov minimálne prvé tri týždne pri začiatku liečby ako aj pri zmene liečby.
10. Bol(a) som poučený(á), že minimálne 6 hodín po užití krátkoúčinkujúcich liekov s opioidmi nemôžem viesť motorové vozidlo a ani obsluhovať stroje.
11. Akékoľvek nejasnosti ohľadom užívaných liekov alebo nežiadúce účinky budem ihneď konzultovať so svojim lekárom
12. Nebudem žiadať od iných lekárov lieky na bolesť
13. Nebudem užívať nijaké iné lieky bez súhlasu svojho lekára, najmä nie lieky na spánok a na odstránenie úzkosti a smútku
14. Počas liečby sa budem vyhýbať konzumácii alkoholu a drogám
15. Liečba mi má pomôcť k zlepšeniu kvality života. Pokiaľ by sa moja celková aktivita a výkonnosť zhoršovali, môže byť podľa rozhodnutia lekára liečba zmenená alebo ukončená.
16. Nepoužitú lieky odovzdám do lekárne.
17. **Porozumel(a) som podmienkam, za ktorých budem liečený(á) opioidmi. V prípade ich nedodržania mi môže byť táto liečba zrušená a môže mi byť odmietnuté ďalšie liečenie na tomto pracovisku.**

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 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 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 bolesti opioidmi.

.....
 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