

## INFORMAČNÝ HÁROK A INFORMOVANÝ SÚHLAS K VÝKONU TLAKOVÁ KAUDÁLNA 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 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: TLAKOVÁ KAUDÁLNA BLOKÁDA.**

### Poučenie pacienta

**Zárok bude vykonaný v lokálnom znecitlivení, nasledovným spôsobom:** v sterilnom prostredí, po palpácii orientačných štruktúr zavedenie ihly do kaudálneho epidurálneho priestoru, následne podanie lokálneho anestetika a kortikoidu.

**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:** toxická alebo alergická reakcia na lokálne anestetikum, epidurálne krvácanie, kolaps, bolestivá aplikácia. Ischémiá miechy.

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

**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 zákrovov 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.

<sup>1</sup> najmä rodič maloletej osoby, opatrovník osoby nespôsobilý 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 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 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 tlaková kaudálna blokáda.

.....  
 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: .....

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