

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Druh výkonu: **Kaudální blok – série aplikací**

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, paciente,

bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Kaudální blok indikuje většinou neurolog a to především u pacientů s chronickými bolestmi souvisejícími s degenerativními změnami bederní páteře. Také může být prospěšný u pacientů po neurochirurgické operaci zad, u kterých bolesti nadále přetrvávají. Taktéž u pacientů s hraniční ploténkovou poruchou (diskopatií), která ještě k neurochirurgickému řešení nedospěla.

Po seznámení se s Vaším příběhem a individuální rozvaze Vám lékař v poloze vleže na břicho anebo častěji ve stoje s opřenými lokty o lehátko, po důkladné dezinfekci, v místním znecitlivění, často pod ultrazvukovou kontrolou, aplikuje léčivo jehlou do epidurálního prostoru sakrální části páteřního kanálu. Aplikace léčiva by měla způsobit útlum bolesti, otoku a zánětu v oblasti, kde probíhají nervy inervující pánev a dolní končetiny. Částečně působí i mechanicky, tlakem vyššího objemu anestetika.

Během aplikace pociťuje pacient velmi často silný tlak, mravenčení nebo bolest vyzařující do dolních končetin, která po podání rychle odeznívá. Po aplikaci může dojít k poklesu krevního tlaku vnímanému jako nevolnost, pocit na omdlení, opocení.

Jednorázové podání nepřinese obvykle dostatečný účinek, proto kaudální blok aplikujeme v sérii 5-8 aplikací, ideálně v odstupu 2-4 dní. Tato série lze s odstupem minimálně 6 měsíců zopakovat.

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Vzhledem k tomu, že se jedná o invazivní výkon, který s sebou vždy nese určitá rizika, mělo by se k němu přistoupit až po selhání konzervativních metod léčby, kterými jsou především rehabilitace, analgetická terapie a infuzní léčba.

Kaudální blok neřeší příčinu vzniku bolestí a nepřináší tak 100% jistotu úlevy. U části pacientů nepřinese úlevu žádnou, pak od dalších aplikací ustupujeme, jelikož benefit nevyvažuje rizika výkonu.

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Část pacientů udává bolestivost v místě vpichu. Závažná rizika jsou raritní, avšak vyloučit je nelze a je potřeba je nepodcenit. Zřídka dochází ke krátkodobé potíži s vymočením – pocitem obtížného vymočení nebo samovolným únikem moči. Anebo ke krátkodobé změně citlivosti na dolních končetinách. Pokud tyto stavy přetrvávají déle než 4h od aplikace, je nezbytné kontaktovat **ihned** naše oddělení ARO na tel: **+420 382 772 113 / 114** abychom mohli včas zahájit jejich léčbu

Kaudální blokádu nelze provést při alergii na podávané složky směsi. Také pokud trpíte poruchou krevní srážlivosti či užíváte léky, které srážlivost krve prodlužují – např. Warfarin, Eliquis, Pradaxa a mnoho dalších. Znemožňuje jí též ložisko infekce v místě aplikace.

Před výkonem není potřeba žádného zvláštního režimu, vhodné je věnovat zvýšenou pozornost hygieně oblasti beder a kostrče.

Po výkonu **setrváváte minimálně 30 minut pod dohledem ARO ambulance, na cestu domů je nutný doprovod druhé osoby a po aplikaci nelze do druhého dne řídit motorové vozidlo. V den výkonu doporučujeme klidový režim.**

Prohlašuji,

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,

- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,

- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,

- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:.....

Podpis lékaře:.....

Datum:.....