

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ANALGOSEDACÍ

Jméno a příjmení pacienta.....

Rodné číslo.....

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován výkon, pro který je nezbytné nebo vhodné provést analgosedaci.

Analgosedace potlačuje vnímání bolesti v celém těle, přičemž mohou být zachovány pocity tlaku, dotyku apod. Vlivem použitých léků může být pacient v polospánku a na výkon si nepamatuje, reaguje pouze na výzvu. Tento způsob znečítlivění je vhodný především pro výkony diagnostické (endoskopické vyšetření trávicího traktu apod.) a některé menší chirurgické výkony. Indikace analgosedace závisí na charakteru a délce vyšetřovacího či operačního výkonu a stavu pacienta.

Výhodou analgosedace je navození zklidnění, analgezie, blokování stresové reakce, vegetativní stability, tolerance vyšetřovacích a terapeutických výkonů.

Nevýhodou je různý stupeň útlumu vědomí po výkonu a přítomnost možných, níže uvedených komplikací, vzniklých v souvislosti s podáním analgosedace.

I přestože ošetřující lékař provede předoperační vyšetření, mohou se po výkonu vyskytnout komplikace, a to především zhoršení koordinace pohybů. Léky užívané k analgosedaci mohou navodit stav snížení dechové aktivity nebo až přechodnou zástavu dýchání, která se řeší pomocí podpůrných prostředků. Proto je v průběhu analgosedace nutné kontinuálně sledovat základní životní funkce a Vaše reakce na oslovení a bolest.

Alternativou analgosedace je provedení výkonu bez analgosedace či v celkové anestézii.

Kritéria propuštění pacienta z ambulance po provedené analgosedaci:

Před propuštěním musí pacient prokázat plný návrat vědomí, zvláště psychomotorických funkcí.

- Stabilní základní životní funkce.
- Bez známek krvácení.
- Je minimální nauzea nebo zvracení.
- Pacient je orientován časem, místem a osobou.
- Bolest je dobře tlumitelná perorálními analgetiky.

Doplňující informace:

.....
.....

1. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vysvětlil(a) veškeré výše uvedené skutečnosti pacientovi/pacientce (event. zákonnému zástupci) způsobem, který je dle mého soudu pro něho/ni srozumitelný. Dále jsem seznámil pacienta/pacientku (zákonného zástupce) s problémy, které mohou nastat v průběhu uzdravování i s důsledky odmítnutí navrhovaného postupu.

.....
Datum, jméno, příjmení, podpis a razítko lékaře

2. Prohlášení pacienta/pacientky (zákonného zástupce)

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informována o faktech týkajících se podání analgosedace. Měla/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným anesteziologickým postupem.

.....
Datum, jméno, příjmení a podpis pacienta/pacientky (zákonného zástupce)