

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### ELEKTROSTIMULACE A MYOFEEEDBACK- terapie poruch svalstva pánevního dna za použití vaginálních nebo rectálních sond

#### Vážená paní, Vážený pane,

děkujeme, že jste se rozhodl/a o provedení navrhovaného výkonu elektrostimulace nebo myofeedback. Prosíme Vás, aby jste si přečetl/a následující informace o způsobu a průběhu provedení tohoto výkonu a stvrdil/a svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámel/a a s výkonem souhlasíte. V případě jakýchkoliv nejasností se obraťte na svého fyzioterapeuta nebo vašeho ošetřujícího lékaře.

#### Důvod tohoto výkonu:

Uvedené výkony jsou prováděny v rámci komplexní terapie inkontinence moči nebo stolice, umožňují terapeutovi měřit napětí, svalovou sílu a schopnost relaxace pánevního dna a následně stanovit parametry terapie a také hodnotit účinnost a efektivitu stávajícího terapeutického postupu.

#### Alternativy výkonu:

Výkon neprovádět.

#### Elektrostimulace:

Jedná se o aplikaci stimulačních proudů v případech, kdy vážne volní aktivace /relaxace svalstva pánevního dna. (s možností přesného zacílení a umožňuje současně kombinovat stimulaci s feedbackem). Provádí se pomocí elektrostimulační sondy.

#### Myofeedback:

Jedná se o cílené cvičení svalů pánevního dna, kdy se využívá snímání biopotenciálů z těchto svalů pomocí signálu EMG nebo prostřednictvím tlakových sond. Obě tyto metody se dají vzájemně kombinovat.

#### Příprava pacienta před výkonem:

Před výkonem je potřeba, aby se pacient svlékl od pasu dolů a připravil si na lehátko jednorázové prostěradlo, které dostane při vstupním vyšetření od fyzioterapeuta a pokud je třeba zajistil si elektrstimulační sondu pro provedení elektrostimulace. V případě aplikace anální stimulační sondy, je potřeba, aby přišel pacient k výkonu řádně vyprázdněn. K provedení tohoto výkonu je nutné věnovat pozornost zvýšené hygieně pacienta v oblasti, genitálií a análního otvoru.

#### Postup při výkonu:

Dle typu poruchy Vám fyzioterapeut do konečníku nebo pochvy za použití gelu zavedena elektrostimulační/ nebo tlakovou sondu s možností snímání aktivity svalstva pánevního dna. Fyzioterapeut Vás vyzve, abyste stahoval/a pánevní dno přesně dle jeho instrukcí, což následně umožňuje stanovit hodnotu svalové síly a jeho relaxace pro následnou terapii. Na LCD monitoru počítače uvidíte jakou aktivitu Vaše svalstvo právě vykonává. Elektrostimulační sondy jsou individualizovány na celou dobu Vaší terapie a nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Cena je stanovena ceníkem nemocnice a je třeba si je pro tuto terapii zakoupit. Tlakové sondy nejsou individualizovány, používají se vždy se speciálním prezervativem.

Před zahájením terapie je třeba si uvědomit, že terapie inkontinence je dlouhodobá a vyžaduje aktivní přístup a spolupráci z Vaší strany. Lze předpokládat, že terapie bude trvat 3 měsíce až rok, v závislosti na stupni postižení. Frekvence návštěv je stanovena individuálně.

#### Upozornění a předcházení možných rizik:

Úspěch vyšetření či ošetření a jejich absolutní bezrizikovitost nelze nikdy bezvýhradně zaručit, proto je potřeba aby jste předem uvedl/a veškeré potíže související s onemocněním nebo poruchami gynekologického, urologického, gastroenterologického charakteru (především zánětlivá onemocnění, krvácivé stavy). V případě vnitřních hemeroidů může dojít k jejich poranění, proto je nutné uvést také tyto potíže již před provedením vyšetření nebo ošetření. Objeví-li se po vyšetření krvácení, bolestivost či jiné příznaky, které by mohly souviset s vyšetřením či ošetřením, informujte prosím ihned svého lékaře nebo fyzioterapeuta.

**V případě těchto postupů fyzioterapeut plně respektuje diskrétnost a soukromí pacienta.**

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi(tce).

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Plánovaný výkon:**

<b>ELEKTROSTIMULACE A MYOFEEDBACK- terapie poruch svalstva pánevního dna za použití vaginálních nebo rectálních sond</b>
--

**Vysvětlující pohovor provedl:**

identifikace a podpis lékaře nebo fyzioterapeuta

Prohlašuji, že mi byl výše uvedenými osobami náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu, který je předmětem tohoto informovaného souhlasu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: .....

.....  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka