

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Epidurální obstřik

**Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován epidurální obstřik.

**Co v tomto případě znamená obstřik:**

Je to vpravení léčiva cestou jehly zavedené do epidurálního prostoru.

**Co je epidurální prostor:**

Je to prostor mezi zevní blánou míšního obalu (dura mater) a okosticí oblouků obratlových těl, tedy mimo obal míšní (durální vak), který chrání míchu a odstupující nervové kořeny.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Epidurální obstřik je metodou léčby bolesti především u stavů po operaci meziobratlových plotének v oblasti dolní bederní páteře. Při použití kortikoidů působí proti tvorbě vazivových srůstů v operovaném segmentu.

**Jaké jsou kontraindikace:**

Výkon nelze provést pokud má pacient:

- zánět měkkých tkání nebo kostí v oblasti provádění epidurálního obstřiku,
- poruchy krevní srážlivosti,
- pokud jsou Vám známy tyto skutečnosti, upozorněte lékaře předem.

**Alternativy výkonu:**

Alternativním postupem může být nitrožilní podání léků, které však nemusí dosáhnout stejného účinku jako při epidurálním obstřiku.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

K provedení epidurálního obstřiku není nutná zvláštní příprava.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Epidurální obstřik se provádí u nemocného vsedě, či ležícího na boku s koleny maximálně přitaženými k břichu – kočičí hřbet.

Po důkladné desinfekci bederní oblasti zad lékař zavede speciální jehlu na jedno použití do epidurálního prostoru. Vpich je možno vést libovolným meziobratlovým prostorem od druhého bederního obratle po kost křížovou. U pacientů po operaci meziobratlových plotének v dolních segmentech bederní páteře - L4/5 a L5/S1 je výhodné zavedení jehly v meziobratlovém prostoru při horním pólu jizvy.

Lékař cestou zavedené jehly aplikuje – vpraví – léky, které jsou indikovány k léčbě Vašeho onemocnění – lokální anestetikum, kortikoidy.

Po ukončení aplikace lékař jehlu vytáhne a místo vpichu překryje sterilním tamponem s náplastí.

**Jaké jsou možné komplikace:**

Žádný lékařský zákrok není bez rizika. Při zavádění jehly a v průběhu aplikace léčiva jsou možné tyto komplikace:

- přechodný pokles krevního tlaku,
- krvácení v místě vpichu,

- alergická reakce na léčivo,
- alergická reakce na použitou desinfekci či náplast,
- bolest hlavy a nevolnost po výkonu,
- bolesti zad,
- zanesení infekce nebo lokální reakce při úniku aplikovaného léčiva mimo epidurální prostor, nebo nežádoucí systémové (celkové) účinky konkrétního léku, tyto Vám budou upřesněny podle typu podaného léku,
- velmi vzácně přechodné či trvalé postižení nervového kořene.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Je doporučeno 3 hodiny po výkonu sedět, následně do druhého dne dodržovat obecný šetřící režim.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Epidurální obštrik</b>
---------------------------

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře
------------------------------

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. 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 plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého 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