

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Kaudální blokáda

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 výše uvedený výkon.

Co je kaudální blokáda a jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Aplikace léků do kaudálního epidurálního prostoru, která se provádí z důvodů dlouhodobých bolestí zad a dolních končetin, často po jedné nebo více operacích bederní páteře. Jedná se o podání léků - místních anestetik, analgetik, kortikoidů - vpichem mezi křížovou kostí a kostrčí.

Alternativy výkonu:

Cílený epidurální obstřík, farmakoterapie, infuzní analgetická terapie.

Jaký je režim pacienta před kaudálním blokem:

Před aplikací kaudálního bloku je nutno dodržet stanovená hygienická doporučení a je vhodné zajistit si odvoz domů druhou osobou.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon se provádí vždy sterilně v místním znecitlivění v poloze na břiše s podloženými bedry nebo v poloze na boku. Vpich může být mírně bolestivý. Během aplikace léků můžete cítit tlak nebo mírnou tlakovou bolest podél páteře a do dolních končetin. Po provedení kaudální blokády budete vleže na zádech sledován na Centru léčby bolesti (CLB) ještě další 2 hodiny a budou Vám monitorovány životní funkce. Můžete cítit teplo v zádech a dolních končetinách, výjimečně pocit mravenčení a slabosti v dolních končetinách.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Zřídka dochází k mírnému snížení krevního tlaku a krátkodobým problémům s močením (pocit obtížného vymočení nebo samovolný únik moči). Část pacientů popisuje několikadenní bolesti v místě vpichu v oblasti kostrče.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po zákroku není vhodné řídit motorové vozidlo, zpět domů s doprovodem druhé osoby. Doporučen je klidový režim v den výkonu.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Kaudální blokáda

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. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. 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