

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Pacientem kontrolovaná analgezie

**Vážená paní, Vážený pane,**

dovolujeme si Vás informovat o způsobu podávání analgezie metodou pacientem kontrolované analgezie.

**Co je pacientem kontrolovaná analgezie:**

Je to metoda podávání analgetické terapie ve spolupráci s pacientem. Umožňuje kontrolu pacienta nad intenzitou bolesti. Při této metodě si pacient může sám přidat dávku analgetik v případě zvýšení bolesti. Bolest je hodnocena pomocí jednoduché škály VAS - 0 - 10, kdy **0** znamená **žádná** bolest a **10** znamená bolest **nesnesitelná**. V případě, že pacient dosáhne bolesti **VAS 3** a více, může si sám pomocí jednoduchého ovladače přidat jednu dávku analgetika. Tato metoda je bezpečná, je zabezpečena proti předávkování pacienta.

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

Tato metoda umožňuje ve spolupráci s pacientem dosáhnout adekvátní úlevy od bolesti, s ohledem na individuální potřeby pacienta. Dosahuje vyšší spokojenosti pacientů.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Analgetická dávka bude podávána standardním postupem dle ordinace lékaře s využitím dávkovače léků, který pacientovi umožní pomocí stisku jednoduchého ovladače přidat dávku analgetika. Pacient bude o postupu podávané analgezie informován lékařem, sestra předvede manipulaci s ovladačem před zahájením analgetické terapie. Tento dávkovač je zabezpečen proti předávkování pacienta, v případě, že pacient vyžaduje dávku v krátkých intervalech, dávkovač dávku nepodá. V takovém případě pacient kontaktujte sestru.

**Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Komplikace nejsou známy.

**Možné alternativní způsoby léčby:**

Podávání analgetik dle ordinace lékaře, přidání analgetické dávky na požádání sestrou.

**Po provedení výkonu:**

Pacient dodržuje standardní pooperační režim, tato metoda může přispět k rychlejší mobilizaci v pooperační péči, může zkrátit dobu hospitalizace a optimalizovat zvládnutí pooperační bolesti.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Pacientem kontrolovaná analgezie</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 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