

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

#### 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 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS):

Jedná se o biologickou metodu léčby vhodnou pro pacienty s některými neurologickými a psychickými chorobami. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je neinvazivní metoda, při které jsou účinkem krátkých pulsů silného magnetického pole stimulovány nervové buňky mozkové kůry. Dochází tak ke změnám regulace serotoninu, noradrenalinu, dopaminu, hormonu kortikoliberinu a mozkového neurotrofního faktoru, které hrají důležitou roli při vzniku poruch nálady. Dle konkrétního léčeného onemocnění je používáno frekvencí nižších než 1 Hz při potřebě snížení aktivity a vyšších než 1 Hz při potřebě zvýšení aktivity stimulované oblasti. Oproti elektrokonvulzivní léčbě, jde o výkon bez potřeby celkové anestezie a je prováděn ambulantní formou.

#### Hlavní indikací je:

- léčba depresivní poruchy,
- zmírnění sluchových halucinací, tinnitu,
- neuropatické bolesti,
- obsedantně kompulsivní poruchy,
- experimentálně k zlepšení poruch hybnosti po prodělané cévní mozkové příhodě,
- ke zmírnění některých příznaků při Parkinsonově chorobě.

#### Alternativy výkonu:

Jako alternativu rTMS lze podle povahy neuropsychiatrického onemocnění doporučit medikamentózní léčbu, pro léčbu depresivních poruch případně i elektrokonvulzivní léčbu.

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Terapeutická stimulace je aplikována 5x týdně (pondělí až pátek) po dobu 2-3 týdnů. Před výkonem nejsou od Vás vyžadovány žádné speciální postupy, žádoucí je však jednorázové provedení vyšetření mozku magnetickou rezonancí, která umožňuje zpřesnit lokalitu, v níž dochází ke stimulaci. Před výkonem odložte kovové šperky a jiné předměty, které by jinak mohly být zmagnetizovány (hodinky, mobilní telefony, naslouchadla, kreditní či jiná čipová karta). Výkon probíhá v poloze vsedě.

První aplikace je spojena se stanovením individuální intenzity impulsů a s přesným zaměřením místa stimulace a trvá proto asi 1 hodinu. Každá další aplikace pak trvá už jen kolem 20-30 minut (délku trvání jednoho výkonu určuje použitá stimulační frekvence).

Vlastní stimulace je nebolestivá. Z fyzikální povahy věci je doprovázena cvakáním přístroje, které může být některými pacienty považováno za obtěžující. Stimulace může vyvolat tinnitus (hučení v uších) bez poškození sluchu. Tomu se však dnes předchází použitím špuntů do uší.

Je vhodné mít s sebou žvýkací gumu (zamezuje cvakání zubů při stimulaci drážděním měkkých struktur hlavy). Pro ukrácení chvíle si můžete vzít něco ke čtení, také je možné relaxovat nebo pospávat. Pokud se během léčby nebudete cítit dobře, je možné léčbu kdykoliv přerušit. Účinek stimulace „nabíhá“ i po ukončení aktivní léčby. K ustálení stavu dochází v řádu týdnů po ukončení aktivní stimulace.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Nejčastějším nežádoucím účinkem mohou být mírné bolesti hlavy v místě stimulace a bolesti krku reagující na běžná analgetika. Zcela ojediněle byl zaznamenán výskyt epileptických záchvatů, proto jakákoliv přítomnost záchvatovitých stavů v osobní historii pacienta či zvýšené riziko těchto záchvatů nedovoluje provádět rTMS.

**Kontraindikací** k léčbě je přítomnost ferromagnetického předmětu (svorka, stent) v oblasti hlavy. Dalšími kontraindikacemi jsou epilepsie (možnost vyvolání epileptického záchvatu), nedávný úraz hlavy s postižením kostí lebky nebo měkkých tkání v místě stimulace, nedávná cévní mozková příhoda a nitrolební expanzivní procesy (nitrolební hypertenze, nádor, aneurysma, absces...), přítomnost kardiostimulátoru, vážné onemocnění srdce, těhotenství a dětský věk.

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

Není známo, že by docházelo k omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti či případné změně zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu. Za nevýhodu může být považována nutnost každodenní aplikace terapie po dobu 2-3 týdnů. Oproti běžné léčbě farmaky (léky) nelze užít tuto metodu jako udržovací formu léčby.

**Pacient je edukován o možném riziku pádu po ukončení výkonu – to znamená:** po výkonu pomalu vstávat z polohovacího křesla a na případnou slabost, nebo točení hlavy upozornit personál.

Tento informovaný souhlas platí po celou dobu léčby rTMS (tj. série 10 až 15 aplikací) s tím, že pacient má právo kdykoliv v průběhu léčby souhlas zrušit a léčbu ukončit.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

|           |  |        |  |                 |  |
|-----------|--|--------|--|-----------------|--|
| Příjmení: |  | Jméno: |  | Datum narození: |  |
|-----------|--|--------|--|-----------------|--|

**Plánovaný výkon:**

|   |
|---|
| <b>Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)</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