

## Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky) s provedením svodné anesteziologické techniky

Pacientka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacientky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

### Název výkonu:

**Porodnická epidurální analgezie**

### Účel výkonu

Vážená paní, slečno, byla jste přijata na Porodnicko gynekologickou kliniku FN a LF UP Olomouc k porodu. K bezbolestnému průběhu porodu Vám můžeme podat **porodnickou analgezií** formou pokračující epidurální analgezie. Jedná se o způsob ovlivnění nervového vedení vzruchů aplikací léků do epidurálního prostoru (což je úzký prostor nad obalem míchy – tvrdou plenou, kterým procházejí míšní kořeny vedoucí nervový vzruch do mozku).

### Povaha výkonu

Tento anesteziologický výkon provádí školený anesteziolog s anesteziologickou sestrou. K provedení porodnické epidurální analgezie je nutná i Vaše spolupráce. V případě neklidu nebo nerespektování pokynů lékaře a sestry může dojít k poranění tvrdé pleny, což znemožní aplikaci porodnické analgezie a je důvodem k odstoupení od výkonu. K aplikaci léku používáme speciální jehlu, kterou zavádíme do oblasti lumbální části páteře.

K úspěšnému zavedení je nutná poloha na boku se skrčenými dolními končetinami (tzv. „kočičí hřbet“) nebo sed v mírném předklonu s opřenými horními končetinami o stehna. Lékař dezinfikuje okolí místa vpichu. Za sterilních podmínek provede vyhledání místa vpichu mezi obratlovými trny v bederní oblasti. Před zavedením jehly místo vpichu lokálně znecitliví. Po dosažení epidurálního prostoru zasune do prostoru průsvitem jehly jemnou hadičku (epidurální katétr), kterým posléze podáváme kontinuálně kombinaci léků určenou k pokračujícímu znecitlivění. Tato metoda Vám zajistí přechodné snížení bolesti v průběhu porodu, ale současně neomezí jeho přirozený průběh. Po porodu bude epidurální katétr odstraněn a místo vpichu sterilně překryto. Tento způsob porodnické analgezie neomezí Váš pohyb na lůžku a v doprovodu druhé osoby se můžete pohybovat i mimo lůžko.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Snížení vnímání bolestí v kříži a slabinách při zachování fyziologického průběhu porodu. Díky tomu budete schopna lépe reagovat na pokyny porodní asistentky a porodníka. Porod probíhá klidně, takže jste schopna intenzivnějšího kontaktu s narozeným dítětem. Epidurální analgezie současně zajistí i bezbolestné šití porodního traumatu hráze a dělohy.

### Režim po provedení epidurální analgezie

Současně s ukončením porodu bude ukončena i aplikace lokálního anestetika do zavedeného katétru. Účinky anestetika budou působit ještě minimálně 2-3 hodiny. Dále budete dostávat léky na zmírnění bolesti ve formě tablet nebo injekcí. Po celou dobu pobytu na porodním sále budete pod stálou kontrolou porodní asistentky, která bude v pravidelných intervalech kontrolovat Váš celkový zdravotní stav, krevní tlak a srdeční akci.

### Alternativa výkonu

Porod bez epidurální analgezie

### Možná rizika zvoleného výkonu

Před plánovaným anesteziologickým výkonem Vás navštíví anesteziolog, který Vás podrobně seznámí s výhodami i nevýhodami navrženého postupu. Budete informována i o případných možných komplikacích.

Budete informována i o případných možných komplikacích. K těmto patří:

- **alergická nebo toxická reakce na podávaná lokální anestetika, která se může projevit**
  - chuťovými změnami na jazyku a v ústech; • svalovými záškuby; • poruchou vědomí s křečemi; • zástavou dýchání; • zástavou oběhu a úmrtím,
- **pokles krevního tlaku s projevy**
  - pocitu malátnosti; • spavosti; • nevolnosti; • zvracením,
- **neurologické potíže**
  - bolestivé podráždění míšního nervu v oblasti vpichu (prudká vteřinová bolest směřující do jedné dolní končetiny); • bolest zad; • mravenčení v oblasti konečníku a hráze, svědění těla; • přechodná porucha hybnosti dolních končetin způsobená hematomem v místě vpichu; • bolest hlavy – výjimečně pouze při nechtěné punkci tvrdé pleny,
- **přechodná porucha vyprazdňování močového měchýře,**
- **porušení celistvosti katétru při jeho zavádění,**
- porušení celistvosti katétru při jeho vytažení s nutností chirurgického odstranění zbytku katétru.

### **Následky výkonu**

Porodnická epidurální analgezie nemá žádné plánované následky.

### **V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme Vaše dotazy.**

Nyní si podrobně přečtěte následující body, a pokud jim rozumíte a souhlasíte s nimi, podepište níže uvedené prohlášení pacienta.

### **Souhlas pacientky:**

<b>pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:</b>		
Byla jsem srozumitelně seznámena s možností podstoupit epidurální analgezii. Byla jsem informována o tom, jak bude zákrok prováděn, byla mi vysvětlena všechna možná rizika a komplikace, která mohou nastat při provádění výkonu či po něm. Byla jsem informována o prospěchu výkonu na můj zdravotní stav a následném léčebném režimu. Všem těmto informacím jsem porozuměla.	ANO	NE
Lékař, který mi poskytl potřebné informace, mně osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl.		
Informacím/údajům jsem plně porozuměla a <b>souhlasím</b> s navrhovaným typem anestézie.		
V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.		
Současně prohlašuji, že jsem lékařům nezamířela žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.		
<b><u>Zde uveďte svoje výhrady a připomínky:</u></b>		

Datum	Hodina	Podpis pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci

<b>Pokud se pacientka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:</b>			
<b>Jak pacientka projevila svou vůli:</b>			
<b>Jméno a příjmení</b> zdravotnického pracovníka/svědka	<b>Podpis</b> zdravotnického pracovníka/svědka	<b>Datum</b>	<b>Hodina</b>

### **Dotazník pro pacientku (zákonného zástupce)**

Výška pacientky:	Hmotnost pacientky:
------------------	---------------------

**Prosíme Vás o odpověď na následující otázky:**

1. Vyhledala jste v poslední době lékařské ošetření?	ANO	NE
2. Byla jste v poslední době ošetřena nebo vyšetřena lékařem?	ANO	NE
Pokud ano, jakým onemocněním?		
3. Jaké léky v současné době pravidelně užíváte?.....		
4. Byla jste někdy operována?	ANO	NE
Jakou operaci jste prodělala a kdy?		
5. Snesla jste anestezii dobře?	ANO	NE
Jaké jste měla případné komplikace		
6. Došlo u Vašich pokrevních příbuzných k nějaké komplikaci související s anestezií?	ANO	NE
O jakou komplikaci se jednalo?		
7. Dostala jste někdy krevní transfuzi?	ANO	NE
Měla jste při aplikaci krve nějakou komplikaci? Jakou?		
8. Léčíte se se srdcem?	ANO	NE
Jakou srdeční chorobou trpíte? .....		
.....		
U infarktu myokardu uveďte měsíc/rok		
9. Léčíte se pro vysoký nebo nízký krevní tlak?	ANO	NE
10. Trpíte onemocněním cév? (např. křečové žíly, prokrvení končetin)	ANO	NE
11. Trpíte onemocněním plic nebo dýchacích cest? (např. TBC, rozedema plic, asthma)	ANO	NE
12. Trpíte onemocněním svalů, nebo svalovou slabostí?	ANO	NE
13. Trpíte onemocněním jater? (např. žloutenka, cirhosa)	ANO	NE
14. Trpíte onemocněním ledvin? (např. častými záněty, ledvinovými kameny)	ANO	NE
15. Máte cukrovku?	ANO	NE
Co užíváte na snížení hladiny cukru v krvi?		
16. Trpíte onemocněním očí? (např. šedý zákal, zelený zákal)	ANO	NE

17. Trpíte neurologickým onemocněním? (např. epilepsií, obrnou, poruchou hybnosti končetin)	ANO	NE
18. Trpíte duševní poruchou? (např. deprese, schizofrenie)	ANO	NE
19. Trpíte onemocněním skeletu? (např. lumbago, výhřez ploténky, zlomeniny, úraz páteře)	ANO	NE
20. Trpíte onemocněním krve? (např. poruchy srážení, častá tvorba modřin)	ANO	NE
21. Trpíte alergií?	ANO	NE
Na potraviny? Jaké?		
Jiné látky? Jaké?		
Léky? Jaké?		
22. Máte jiné, dosud neuvedené choroby?	ANO	NE
Jaké?		
23. Máte snímatelnou zubní protézu?	ANO	NE
24. Kouříte? Kolik denně?	ANO	NE
25. Pijete alkohol? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ZŘÍDKA <input type="checkbox"/> PRAVIDELNĚ	ANO	NE
26. Užíváte často léky na spaní?	ANO	NE
Jaké?		

Datum	Hodina	Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)