

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S OBSTŘÍKEM REFLEXNÍCH ZMĚN,
OBSTŘÍKEM NERVOVÝCH STRUKTUR,
OBSTŘÍKEM KLOUBŮ**

Zdravotnické zařízení: OLÚ Paseka, Paseka 145, 783 97, IČO: 00849081 tel: 585007999

Pracoviště:

Lékař, který provedl poučení:

Pacient (jméno, příjmení, dat. narození):

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

**O b s t ř í k r e f l e x n í c h z m ě n , o b s t ř í k n e r v o v ý c h s t r u k t u r ,
o b s t ř í k k l o u b ů**

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: léčba reflexních změn, blokáda nervových struktur (zejména vedení bolesti) nebo při nitrokloubní aplikaci snížení aktivity zánětu např. revmatických onemocnění. Podle cíle volíme farmaka, která při obstřiku užíváme. K tlumení zánětu jsou často aplikovány kortikoidy (protizánětlivé léky), k ovlivnění reflexních změn zvolíme lokální anestetika a někdy vystačíme s tzv. suchou jehlou. Podle druhu dělíme obstřiky na tzv:

1. intradermální pupeny (pouze kožní aplikace)
2. topické injekce do svalů, vazů, oblasti úponů
3. injekce v okolí kloubu a nitrokloubní
4. blokády nervových struktur

Zdravotní výkon bude probíhat takto: pacient zaujme takovou polohu, aby byl uvolněn, a aby část těla, kde provádíme terapii byla přístupná. Provedeme očistu a desinfekci místa aplikace. Po fixaci místa 2 a 3 prstem aplikujeme část roztoku do podkoží či na určené místo. K zabránění aplikace roztoku do cévy provedeme aspiraci, ta není nutná u intradermálních pupenů a obstřiku periostu. Na místo aplikace přiložíme krytí (opět není nutno u intradermálních pupenů).

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má tyto výhody: v některých případech velmi rychlá reflexní odezva a ústup bolestí. Rychlé lokální tlumení aktivity zánětu, zejména pokud převažuje postižení jednoho či jen několika málo kloubů.

Alternativa výkonu: lze použít terapii tzv. suchou jehlou (v terapii reflexních změn), některé prvky měkkých technik, různé formy fyzikální terapie.

U revmatických onemocnění celková aplikace látek tlumících zánět, např. kortikoidy v tzv. bolusové léčbě podáním do žily, svalu či perorálně.

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující rizika: porušení kožního krytu a s tím související riziko infekce. Po aplikaci kortikoidů nutný šetřící režim bez zatížení infiltrovaných struktur. Možná alergická reakce na podanou látku, je nutné sdělit provádějícímu lékaři, zda jste alergický na nějaké léky, lokální anestetika, jestli máte sennou rýmu nebo jiný druh přecitlivělosti. Při časté aplikaci kortikoidů může dojít k atrofii až nekróze infiltrovaných tkání, které mohou vést (zejména při brzkém zatížení) až k rupturám vazů či vzniku tzv. permanentních spoušťových bodů.

Chování po výkonu: Pohybové omezení dle doporučení ošetřujícího lékaře, většinou budu omezen následující den vyloučením zátěže infiltrovaných struktur. Nutný šetřící režim. Všechny komplikace hlase svému lékaři.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu: Obstřík reflexních změn, obstřík nervových struktur, obstřík kloubů

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví a jsem poučen o možných komplikacích mého zdravotního stavu, ke kterým by mohlo dojít v případě mého nesouhlasu s výkonem.

Jsem seznámen, že svůj informovaný souhlas můžu odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

Prohlášení lékaře:

Seznámil/a jsem pacienta/ku s jeho/jejím zdravotním stavem, potřebou léčebného výkonu/zároku a riziky spojenými s realizací tohoto výkonu/zároku, s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta/ku a následky v případě, že se pacient/ka zároku nepodrobí. Dal/a jsem příležitost pacientovi/jeho zástupci položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho/jejích jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl/a srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen/a o tom, že pacient/ka pochopil/a výše uvedené informace tak, aby byl/a schopen/na se informovaně rozhodnout.

V Pasece dne:

Vlastnoruční podpis pacienta:.....

Podpis lékaře, který poučení provedl:.....

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: