

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s implantací intratékální programovatelné pumpy

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

Název výkonu**Implantace intratékální programovatelné pumpy****Účel výkonu**

Zavedení **intratékální programovatelné pumpy** k dávkování léčiva intratékálně (do vaku, ve kterém je uložena mícha). Pumpa s rezervoárem pro léčivo se nejčastěji vkládá do podkoží břišní stěny vlevo. Hadička je vyvedená z pumpy a směřuje podkožím do páteře, kde vstupuje v oblasti bederní páteře do míšního vaku a dále směřuje do vyšší oblasti páteřního kanálu. Pumpa se pravidelně plní léčivem vpichem přes kůži.

Povaha výkonu

Operace v celkové anestezii, poloha na boku, operační rána na břicho k vložení pumpy, operační rána na zádech k vložení hadičky.

Předpokládaný prospěch výkonu

Úleva od potíží dle typu použitého léčiva - v případě Baclofenu snížení spasticity, v případě Morfinu snížení bolestí. Po aktivaci pumpy následuje aplikace léčiva do intratékálního prostoru, kde ovlivňuje spasticitu nebo bolest mnohem efektivněji než tabletová forma léčiva. Zavedený systém je metodou symptomatickou, což znamená, že neřeší příčinu potíží, ale pomáhá tlumit příznaky, ve vašem případě spasticitu nebo bolest.

Alternativa výkonu

Pokračovat v dosavadním způsobu podávání léčiv (nejčastěji tablety).

Následky výkonu

Zavedení systému intratékální programovatelné pumpy.

Jizvy, nejčastěji na břicho a zádech. Někdy drobná jizva na boku.

Povinnost docházet na předepsané kontroly k plnění pumpy. Povinnost dodržovat specifická režimová opatření dle předpisu lékaře a předané informační příručky.

Možná rizika zvoleného výkonu

Infekce operačních ran, která se může přenést až do mozkomíšního moku. Může dojít ke krvácení v místě zavedení hadičky. Tyto komplikace mohou vést k vážnému poškození zdraví ve smyslu poškození nervového systému, které se může projevit poruchou hybnosti končetin, poruchou čítí, poruchou funkce svěračů, poruchou vědomí i selháním základních životních funkcí.

Pumpa se může na břišní stěně výrazně vyklenovat a způsobovat nepříjemné pocity, drážděním kůže může dojít i k jejímu narušení. Může dojít k dislokaci, zalomení nebo ucpání hadičky vedoucí z pumpy do intratékálního prostoru, což si může vyžádat operační revizi.

Do doby nastavení optimální dávky léčiva může dojít k jeho poddávkování nebo naopak předávkování.

Následkem punkce obalů míchy může dojít k úniku mozkomíšního moku, který může mít za následek bolesti hlavy, které mohou být i dlouhodobé. Bolest v místě operačních ran. Může se stát, že efektivita podávaného léčiva se bude v čase měnit a efekt bude klesat.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina