

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s míšní stimulací

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**Míšní stimulace - SCS (Spinal Cord Stimulation)****Účel výkonu**

Implantace neurostimulačního systému k tlumení bolestí.

Povaha výkonu

Jedná se o tzv. neurostimulační metodu, kdy se zavádí stimulační vodič (tzv. elektroda) k nervovým drahám, které vedou bolest a jeho napojení na zdroj elektrických impulzů (tzv. IPG).

Zárok se většinou provádí ve dvou fázích:

První fáze operace (zvaná jako **zkušební fáze**) - punkční zavedení jednoho nebo dvou vodičů do epidurálního prostoru páteře, většinou v lokálním umrtvení. V některých případech se zavádí tzv. plošná elektroda, která se nezavádí punkčně, ale operačním přístupem s odstraněním části oblouku obratle v celkové anestezii. Vodiče jsou vyvedeny mimo tělo a napojeny na dočasný externí zdroj energie.

Následuje testovací období, kdy se hodnotí úleva od potíží. Při příznivém efektu se provádí **druhá fáze operace**, kdy se provede implantace neurostimulátoru do podkoží a napojení elektrod (zanoření vodičů), v celkové anestezii.

O počtu a lokalizaci vodičů a elektrod rozhodne operátor individuálně na základě klinického stavu, průběhu první fáze operace a zkušebního období.

Stimulátor se nejčastěji implantuje do oblasti hýždě, alternativně na břicho nebo pod klíček.

Předpokládaný prospěch výkonu

Úleva od bolestí - po aktivaci stimulátoru pacient pociťuje v bolestivé oblasti charakteristické elektrické brnění (mravenčení), které přináší úlevu od bolesti.

Alternativa výkonu

Výkon nemá vhodnou alternativu, jedinež pokračovat v zavedené konvenční analgetické léčbě. Neurostimulace je metoda symptomatická, což znamená, že neřeší příčinu potíží, ale pomáhá tlumit příznaky, ve vašem případě bolest.

Následky výkonu

Elektrické brnění, které přibližně pokrývá bolestivou oblast (ale může pokrývat i jiné části těla). Jizvy v místě implantátů - nejčastěji na zádech a na hýždě (alternativně na břiše), drobná jizva na boku.

Povinnost docházet na předepsané kontroly.

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 elektrody. Tyto komplikace mohou vést k vážnému poškození zdraví ve smyslu poškození nervového systému, které se může projevit poruchou hybnosti končetin, poruchou cití, poruchou funkce svěračů, poruchou vědomí i selháním základních životních funkcí.

Může dojít k punkci obalů míchy s následným únikem mozkomíšního moku, což může mít za následek bolesti hlavy, které mohou být i dlouhodobé. Může dojít k dislokaci elektrod s nutností korekce operační cestou. Bolest v místě operačních ran. Může se stát, že efektivita tlumení bolestí bude postupně 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