

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s aplikací botulotoxinu**

Pacient(ka) – 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**Injekční aplikace léčebné látky
(botulotoxinu)****Účel výkonu**

Aplikace botulotoxinu do abnormně aktivních (dystonických) svalů s cílem snížení svalové abnormní aktivity.

Povaha výkonu

Po předchozím klinickém vyšetření rozhodne lékař o umístění a počtu injekcí do příslušných svalů. Po dezinfekci kůže se provádí vpich sterilní jehlou do svalové tkáně. Aspirací se vylučuje jiné umístění jehly než do svalů. Poté se pozvolna vpraví do svalu účinná látka (botulotoxin). Ve specifických případech můžeme použít speciální elektromyografickou jehlu, kdy za pomoci EMG přístroje registruje správné umístění jehly ve svalu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Postupné uvolnění abnormní svalové aktivity v ošetřeném svalu s účinkem od 1 do 3 měsíců.

Alternativa výkonu

Výkon je specifický a nemá alternativu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možný vznik podlitinky ve svalu.

Zvýšený účinek botulotoxinu se může projevit přechodnou svalovou slabostí v ošetřeném svalu. Svalová slabost je vždy jen přechodná a vždy se upraví do původního stavu.

Minimální bolest při vpichu.

Pro snížení rizika výkonu prosím oznamte ošetřujícímu lékaři užívání léků ovlivňující krevní srážlivost (Warfarin, Lawarin)

Následky výkonu

Chemická povaha aplikované látky zabezpečuje vždy obnovení svalové aktivity, proto výkon nemůže mít trvalé následky.

Souhlas:**pozn. Vaší 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 poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem 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(tky) nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

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

**Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat,
uved'te důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:**

Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina