

NEUROLOGICKÁ KLINIKA

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

verze č. 3, str. 1/2

Informovaný souhlas pacienta s hlubokou mozkovou stimulací

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)	

Název výkonu**Hluboká mozková stimulace****Účel výkonu**

Účelná léčba komplikovaných stádií Parkinsonovy nemoci a generalizovaných dystonií, s cílem zmírnění dystonických a dyskinetických projevů, zlepšení hybnosti, zmírnění ztuhlosti a třesu končetin. Dále je prokazatelné zlepšení kvality života a redukce dosavadní konzervativní léčby.

Povaha výkonu

Den před operací jsou zavedeny navigační šroubky do lebky, výkon je proveden v lokální anestézii, následně se provádí CT mozku s kontrastní látkou. V operační den se provádí návrh do lebky a nasazení plastového zaváděcího adaptéru. Druhý postup spočívá v nasazení stereotaktického rámu v den operace, který je uchycen do lebky pomocí šroubů, vše prováděno v lokální anestézii. Poté je provedeno CT mozku s nasazeným rámem.

Dalším krokem je již na operačním sále zavedení mikroregistračních elektrod s registrací mozkové aktivity na specifickém elektrofyziologickém přístroji a posléze klinické testování odpovědí při následném testování efektu peroperační stimulace. Pacient je při výkonu při vědomí, spolupracuje s neurologem při vyšetření. Tento postup klinického testování efektu odpadá u pacientů, u kterých je výkon prováděn v celkové anestézii (generalizované dystonie). Poté jsou zavedeny permanentní elektrody do příslušných hlubokých částí mozku. Umístění stimulatoru je prováděno do podklíčkové jamky. Tento výkon se provádí odloženě a je uskutečněn v celkové anestézii. Celková doba výkonu zavedení elektrod se pohybuje v závislosti na zvoleném postupu od 3 do 5 hodin.

Předpokládaný prospěch výkonu

Invazivní léčba komplikovaných stádií Parkinsonovy nemoci, která zajistí zlepšení hybnosti, zmírnění akinézy a vymizení dyskinez, dovoluje redukci dosavadní konzervativní léčby. Léčba u generalizovaných stádií dystonie navazuje postupnou redukci dystonických mimovolních pohybů.

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s intrakraniálním výkonem – možný otok mozku, drobné prokrvácení v oblasti zavedení elektrod, lokální komplikace v oblasti umístění spojovacích elektrod a uloženého stimulatoru.

Následky výkonu

Možná rizika při nefunkčnosti elektrody nebo stimulatoru, možné zalomení přívodného kabelu.

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 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.	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)

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 pracovníka/svědka	Datum	Hodina