

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Jméno a příjmení pacienta:	
Rodné číslo pacienta:	
Oddělení:	Centrum péče o zažívací trakt - Endoskopie
Zákonný zástupce:	
Rodné číslo zákonného zástupce:	

Typ výkonu

Entonox – inhalační analgezie

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Entonox je účinné analgetikum pro potlačení strachu a krátkodobé bolesti při zákroku. Jedná se o směs medicínálních plynů oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1, který je připraven k okamžitému podání. Jeho použití zajistí analgetické a sedativní účinky při plném vědomí během prováděného výkonu.

Entonox se aplikuje pomocí masky či náustku přes nádechový ventil po dobu 3-4 min před zahájením zákroku, ošetření. Nádechový ventil zamezuje úniku plynu, je otevřen jen při aktivním nádechu, jinak se sám uzavírá. Injekční aplikace případně přidávaných analgetik již není pocítována bolestivě a v kombinaci s Entonoxem je dosaženo většího analgetického (protibolestivého) efektu.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Má minimum vedlejších účinků. Jeho podání je bezpečné i pro většinu běžných onemocnění. Někdy se může při aplikaci dostavit euforie, lehká závrať, mírná nevolnost, sucho v ústech, bolest hlavy. Tyto pocity však po ukončení inhalace rychle odezní.

Alternativy výkonu:

Alternativou k podání Entonoxu je provedení celkové anestezie či ambulantní sedace za přítomnosti anesteziologa a tedy provedení kompletního anesteziologického vyšetření.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Entonox má rychlý nástup a ústup účinku (během několika minut).

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Po 15 minutách po ukončení inhalace můžete odejít a po 30 minutách můžete řídit automobil, což při podání jiných léků není tak rychle možné.

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE / OPATROVNÍKA

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas.**

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

V

Datum a čas:

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Entonox – inhalační analgezie

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

Podpis pacienta / zákonného zástupce

jmenovka, podpis lékaře

Pacient se nemůže podepsat z těchto důvodů (např. úraz ruky):

Souhlas projevil takto:

Svěddek (jméno, příjmení, popř. jmenovka, podpis):

.....
Podpis svědka/svědků