

PODÁNÍ PREMEDIKACE/INHALAČNÍ ANALGÉZIE PŘED STOMATOLOGICKÝM OŠETŘENÍM

Pacient/ka: Narozen/a:

titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:

titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
 (liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

lékaři stomatologické kliniky indikují u Vašeho dítěte (svěřence) podání premedikace/inhalační analgezie před zubním ošetřením (výplně, extrakce – vytažení dočasných i stálých zubů, dentoalveolární chirurgické výkony). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Premedikaci/inhalační analgezi podáváme z důvodů snížení nadměrného strachu z ošetření, ke snížení stavu napětí a úzkosti nebo pro vyřazení dávivého reflexu či nadměrného slinění. Léky používané k premedikaci bojácných a úzkostných dětí mají rovněž účinky amnestické (dítě si na ošetření nepamatuje).

Pro odstranění strachu má podání premedikace/inhalační analgezie pouze podpůrnou úlohu, nejdůležitějším postupem je psychoprofylaxe ze strany rodičů a zdravotnického personálu.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/léčby

Premedikace/inhalační analgezie spočívá v podání lékařem ordinovaných léků ve formě roztoku, tablet nebo směsi oxidu dusného s kyslíkem před plánovaným ošetřením, které zajistí pro pacienta klidný a bezbolestný průběh zubního ošetření. Jinak by bylo nutné provést ošetření v celkové anestézii (narkóze), které může představovat zvýšené riziko a je nutné je provádět za hospitalizace.

Příprava k výkonu

Ráno před ošetřením dítěte v premedikaci/inhalační analgezi dítěti podejte lehce stravitelné jídlo v menším množství než obvykle.

Postup při výkonu

Premedikaci bude lékař Vašemu dítěti (svěřenci) aplikovat 30 - 45 min. před ošetřením. Poté bude následovat stomatologické ošetření, v jehož průběhu může být v případě potřeby použito rovněž místní znecitlivění. Délka ošetření je dána potřebným rozsahem zubního ošetření.

Inhalační analgezie bude lékařem podána před a v průběhu ošetření a v případě potřeby bude doplněna použitím místního znecitlivění.

Rizika, následky a možné komplikace

Každý lékařský zákrok a tedy i podání premedikace/inhalační analgezie má svá rizika a komplikace, které nelze nikdy zcela vyloučit. Výskyt rizik a komplikací lze však snížit podrobným vyšetřením Vašeho dítěte (svěřence) včetně zjištění všech pro lékaře důležitých anamnestických údajů o celkovém zdravotním stavu, pravidelném podávání léků a případném výskytu alergií. V některých případech je nutné před podáním premedikace/inhalační analgezie vyšetření Vašeho dítěte (svěřence) pediatrem, neurologem nebo jiným specialistou. Komplikací lze také předejít dodržováním všech pokynů ošetřujícího lékaře.

Po podání premedikace/inhalační analgezie se mohou vzácně vyskytnout lehké alergické reakce (přecitlivělost) na podané léky, které se projevují např. vyrážkou, svěděním apod. U vnímavých jedinců je možné zpomalení odeznívání účinků podaných léků, někdy závratě nebo nevolnost. U některých dětí se může po podání premedikace/inhalační analgezie pro nadměrný strach ze zubního ošetření vyskytnout tzv. paradoxní reakce. V tomto případě může být dítě po podání premedikace/inhalační analgezie namísto zklidnění ještě více rozrušené.

Komplikace závažného charakteru (např. těžké alergické reakce, poruchy dýchání a krevního oběhu) jsou zcela ojedinělé.

Při jakýchkoliv obtížích Vašeho dítěte (svěření) po ošetření v premedikaci/inhalační analgezi okamžitě telefonicky konzultujte ošetřujícího lékaře.

Chování po výkonu, možná omezení

Po podání premedikace/inhalační analgezie je důležitý neustálý dozor nad dítětem a po provedení ošetření je naprosto nutné v tomto dohledu pokračovat po dobu, kterou určí ošetřující lékař.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- ☐ Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- ☐ Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....
ZOK

.....
podpis

V Plzni dne: v hodin
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

☐ kývnutím hlavy ☐ gestem: ☐ očima ☐ jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....
ZOK

.....
podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)