



ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (INFORMOVANÝ SOUHLAS)

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno *užívání léků ze skupiny opioidů pro zvládnutí dosud neztížitelné chronické bolesti*, což je považováno za nejlepší možné řešení k odstranění Vašich potíží. Před vlastním zahájením léčby opioidy budete svým ošetřujícím lékařem podrobně o tomto výkonu informován/a, budete seznámen/a s přípravou, postupem, průběhem, riziky a komplikacemi, které mohou nastat. Tento záznam Vám poskytuje nezbytné informace a je návodem k případným dotazům na ošetřujícího lékaře.

A) LÉČBA OPIOIDY

Silné *opioidy* jsou léky s vysokou účinností proti bolesti. Jejich dlouhodobé použití může významně zlepšit kvalitu života nemocného, který trpí chronickou bolestí, jde o léky morfiového typu (účinky podobné morfinu) včetně samotného morfinu.

Jejich užívání může u vnímavých jedinců vést ke vzniku závislosti na těchto lécích. Aby toto riziko bylo co nejmenší, je třeba dodržovat určitá pravidla. Pokud jsou přesně dodržovány pokyny lékaře, jsou léky bezpečné. Lékař pečlivě sleduje známky, které by mohly signalizovat nadužívání nebo zneužívání předepisovaného léku.

Z tohoto důvodu je Vám předkládán souhlas s podmínkami léčení silnými opioidy.

PŘI LÉČBĚ OPIOIDY PLATÍ TYTO ZÁSADY A PRAVIDLA:

1. Léčba musí být bezpečná a účinná. Cílem je použití nejnižší dávky, při které jsou tato kritéria dosažena.
2. Léčba má pomoci ke zlepšení kvality života. Pokud by se celková aktivita a zdatnost zhoršovaly, může být dle rozhodnutí lékaře léčba pozměněna nebo ukončena.
3. Je třeba užívat opioidy přesně dle doporučení a neměnit svévolně dávkovací režim. V případě nežádoucích účinků informovat ambulanci léčby bolesti v nejkratším časovém intervalu.
4. Je třeba být připravený na snížení nebo ukončení léčby opioidy, pokud bude dostupný jiný druh účinné terapie.
5. Je třeba docházet na pravidelné kontroly do ambulance bolesti.
6. Všechny opioidy budou předepisovány pouze v jedné ambulaci léčby bolesti.
7. Obdržel/a jsem Průkazku pro léčbu opioidy, kterou je nutno předkládat při každém lékařském ošetření.
8. V případě ztráty nebo odcizení receptu nebude poskytnuta náhrada a nebude vyžadován nový recept.
9. K ověření hladiny užívaných léků je třeba v určitých případech provést odběr krve a moče.



10. Pokud jiný lékař změni dávkování opioidů, přebírá plnou zodpovědnost za další léčbu bolesti a možné komplikace.
11. V případě vzniku jiného onemocnění, vyžadujícího předepsání léků ovlivňujících úroveň vědomí nebo v případě hospitalizace, je nutno neprodleně informovat lékaře, který opioidy předepisuje.
12. Stejně tak je nutno v průběhu jiného onemocnění informovat ošetřujícího lékaře o užívání opioidů k léčbě chronické bolesti.
13. **Při užívání opioidů může snížit schopnost soustředění a udržení pozornosti a tím může být ohrožena schopnost řízení motorových vozidel a práce se stroji.**

Při léčbě opioidy se mohou vyskytnout komplikace, které jsou většinou přechodné. Jedná se o obtíže:

- a) nervového systému - závratě, únava, bolesti hlavy, ospalost;
- b) zažívacího systému - nevolnost, zácpa;
- c) dýchacího systému - poruchy dýchání;
- d) močového systému - potíže při močení;
- e) oběhového systému - hypotenze, bradykardie;
- f) všeobecné - pocení, otoky nohou, alergické projevy, svědění.

Náhlé vysazení opioidů se nedoporučuje, protože bývá doprovázeno abstinenciími příznaky, které jsou:

- a) nevolnost, zvracení, průjem;
- b) pocit úzkosti;
- c) svalový třes, chvění.



B) INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, níže podepsaný:

, pacient Nemocnice Šumperk

(jméno, příjmení, rodné číslo pacienta)

▶ **zákonný zástupce pacienta/osoba s právem vyjádřit zástupný souhlas** *(jméno, příjmení, datum narození, bydliště):*

p r o h l a š u j i, že mne lékař podrobně informoval a poučil o výše uvedeném zdravotním výkonu.

▶ Byl/a jsem také informován/a o možných rizicích a komplikacích. Všechny informace mi byly sděleny srozumitelně, bylo mi umožněno vše si rozvážit, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

▶ Byl/a jsem poučen/a o mém právu svobodně se rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotních služeb. Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony, nutné k záchraně života nebo zdraví. Poučení považuji za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s navrhovanými zdravotními službami a výkonem.

V Šumperku dne: v hodin

Podpis pacienta/..... Podpis lékaře:
zákonného zástupce/osoby s právem vyslovit zástupný souhlas

Pacient není schopen stvrdit tento souhlas podpisem vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:
(stručný důvod, např. nevidomý pacient, úraz...)

Pacient projevil svůj souhlas následujícím způsobem:

Svědek (jmenovka a podpis dalšího zdravotnického pracovníka):