

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM LYMFODRENÁŽ

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Zmenšení otoku, tlaku a bolesti způsobné poruchou lymfatického a žilního systému.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vaší žádosti provede **LYMFODRENÁŽ**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

- Manuální lymfatická drenáž je jemná, hmatová technika, která podporuje odtok nadbytečné mizní tekutiny z tkání a její transport mizním řečištěm. Provádí se malým tlakem speciálními hmaty s pomalou frekvencí. Manuální lymfatickou drenáž provádí školený zdravotnický personál.
- Přístrojová lymfatická drenáž využívá nafukovacích, vícekomorových návleků, které jsou hadicemi propojeny s programovatelným přístrojem. Komory se vzájemně překrývají, postupně se plní vzduchem a naráz se vyprazdňují. Před každou přístrojovou lymfodrenází je prováděno manuální rozmasírování mizních uzlin.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Touto léčebnou metodou můžeme příznivě ovlivnit otoky vzniklé na podkladě vrozeného nebo získaného poškození mizního systému, otoky při chronické žilní nedostatečnosti, hojení bércového vředu žilního původu, otoky pooperační a poúrazové.

Průběh výkonu:

Po vyšetření odborným lékařem je stanoven základní léčebný postup, na základě, kterého pacient dochází na příslušné pracoviště.

Ke každému ošetření přístrojovou lymfodrenází si pacient s sebou přinese tričko s dlouhým rukávem nebo lehkou halenu či svetřík při poškození horní končetiny nebo domácí kalhoty s dlouhou nohavicí a ponožky při poškození dolní končetiny. Toto je doporučováno z hygienických důvodů.

Přístrojová lymfodrenáž probíhá ve většině případů 50 minut, manuální lymfodrenáž 60 minut, v některých případech je délka lymfodrenáže kratší. Během této doby je pacient uložen na lůžku. Po ukončení přístrojové lymfodrenáže následuje kompresivní léčba elastickou bandáží nebo kompresivní punčochou či pažním návlekm.

Elastická bandáž nebo kompresivní návlek je nedílnou součástí léčby otoků a pacient by ji měl nosit po celý den. O případném ponechání kompresivní léčby v nočních hodinách rozhodne odborný lékař.

Kontraindikace lymfodrenází:

- Absolutní - aktivní maligní proces, infekční onemocnění (erysipel), akutní infarkt myokardu, akutní cévní mozková příhoda, vředová choroba, akutní astma, opar, zvýšená teplota nejasné etiologie, nejasné břišní onemocnění, akutní tromboflebitida, užívání ATB.
- Relativní - těžká srdeční onemocnění, astma kardiální, hyperthyreóza, hypotonie, otoky způsobené ledvinovým onemocněním (lymfodrenáž lze provést jen po konzultaci s lékařem).

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Vyplývá z kontraindikací.

Alternativy výkonu:

Vrstvená kompresivní bandáž, lymfo-taping.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Není žádné omezení.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Po ukončení série ošetření musí pacient dodržovat zavedený léčebný režim spočívající v kompresi punčochou nebo bandáží a v pravidelných kontrolách na lymfologické ambulanci.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne:

Jmenovka a podpis lékaře:

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: **Vztah k pacientovi:**