

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

### s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

**Poskytovatel zdravotních služeb:** Nemocnice Náchod a.s.  
**Poučující lékař:** MUDr. Markéta Hanzlová

**Jméno, příjmení a rodné číslo pacienta/ky:**

### Kaudální blok

**Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:** Odstranění bolesti.

**Co je kaudální blokáda a jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Aplikace léků do kaudálního epidurálního prostoru se provádí z důvodů dlouhodobých bolestí zad a dolních končetin, často po jedné či více operacích páteře. Jedná se o podání léků – místních anestetik, analgetik, kortikoidů – vpichem mezi křížovou kostí a kostrčí.

**Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:**

Zřídka dochází k mírnému snížení krevního tlaku a krátkodobým problémům s močením (pocit obtížného vymočení nebo samovolný únik moči). Část pacientů popisuje několikadenní bolesti v místě vpichu v oblasti kostrče. Nežádoucí účinky spojené s látkami aplikovanými do epidurálního prostoru jsou nejčastěji mírné točení hlavy, svědění na kůži, mírný pokles krevního tlaku a pulzu.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Po zákroku není vhodné řídit motorové vozidlo, zpět domů budete propuštěni jen s doprovodem druhé osoby. Doporučený je klidový režim v den výkonu.

Prohlašuji, že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

**Dne:**

---

podpis pacienta

---

podpis lékaře