**Jméno a příjmení: Datum narození:**

 **Informovaný souhlas s blokádou periferních nervů – ramenní kloub**

Jednou z možností, jak zajistit bezbolestný průběh operace a po operačním výkonu, je blokáda periferních nervů operované části těla. Periferní nervové blokády využíváme zejména ke znecitlivění horních končetin – ramenního kloubu.

K lokalizaci nervu a nervových svazků využíváme speciální jehlu, která je za sterilních podmínek zavedena do blízkosti nervu nebo nervového svazku. Zavádění jehly se provádí pod navigací ultrazvuku. Po umístění jehly do blízkosti nervu aplikuje lékař lokální anestetikum, které do 20-30 minut vyvolá znecitlivění ve zvolené oblasti. Současně dojde i k dočasné ztrátě svalové síly, a tím i hybnosti končetiny. Tento stav přetrvává podle typu zvoleného anestetika v průměru 4-6 hodin.

**Výhody spojené s nervovou blokádou:**

U tohoto typu anestezie je ovlivnění celého těla minimální a proto i výskyt nežádoucích účinků je podstatně nižší.

* Větší úleva od bolesti ve srovnání s jinými metodami
* Snížení potřeby silných léků proti bolesti (na bázi Morfinu), a s nimi spojených nežádoucích účinků
* Kratší doba zotavení po operaci a rychlejší mobilizace

**Rizika spojená s nervovou blokádou:**

• motorický neklid, svalový třes • svalové křeče; • porucha vědomí; • vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (pneumotorax); •obrna bráničního nervu; • alergická reakce na podané anestetikum; • poškození nervu; •nepoznaná aplikace anestetika do cévního systému; • pokles krevního tlaku; • prodloužené poruchy čití v inervované oblasti; • centrální útlum dýchání; úmrtí.

**Možná následná omezení způsobu života či pracovní schopnosti spojená s výkonem:**

V případě bez komplikací po odeznění anestezie není žádné následné omezení, v případě komplikací se následná omezení odvíjejí od jejich šíře - od slabosti končetin až po vzácně se vyskytujícího ochrnutí končetin s trvalou invaliditou.

Pacient byl náležitě poučen o možnosti odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším alternativním postupu či ustoupení od výkonu.

**PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY:** Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu ve výše uvedeném rozsahu. 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.

Podpis lékaře Podpis pacienta

 Datum: