

**VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS JONIŠKIO LIGONINĖS
AMBULATORINĖS MEDICINOS CENTRO
PACIENTO SUTIKIMAS SKAUSMO GYDYMO PROCEDŪRAI ATLIKTI**

1. Ambulatorinės medicinos centro telefono Nr. (8 687) 382 11
2. _____
(gydytojo, atliksiančio invazinę ir/ar intervencinę procedūrą, vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija)
3. _____
(paciento, kuriam bus atliekam invazinė ir/ar intervencinė procedūra, vardas ir pavardė, amžius)

SKAUSMO GYDYMO PROCEDŪRA

(invazinės ir/ar intervencinės procedūros pavadinimas)

4. Invazinės ir/ar intervencinės procedūros esmė (trumpas ir aiškus aprašymas, pobūdis, tikslai).

Procedūra skirta pacientų lėtiniam ir/ar ūmiam skausmui malšinti. Procedūros metu, steriliomis sąlygomis, priklausomai nuo gydančio gydytojo pasirinktos gydymo taktikos, vienoje iš išvardintų sričių (*reikalinga pabraukti*): stuburo tarpslankstelinų sąnarių, kryžkaulio-klubakaulio sąnario, raumenų trigerinių taškų (skausmingų sukietėjimų), stuburo kanalo, periferinių nervų arba jų rezginių srityje bus atliekama injekcija (suleidžiami vaistai). Jie slopins nervinio impulso plitimą pažeistu nervu, uždegiminių medžiagų išsiskyrimą, taip pat sukels spazmuoto raumens atsipalaidavimą, tuo būdu malšindami skausmą. Šio metodo pagalba galima tiksliai pasiekti skausmo impulso skleidėją (taikinį) ir numalšinti ir/ar sumažinti skausmą.

5. Invazinės ar intervencinės procedūros apimties keitimo leistinumo aptarimas, jei jos metu su pacientu to aptarti nebus galimybės, o sutikimo metu to nuspėti negalima.

Esant akivaizdžiam poreikiui (siekiant numatyto intervencinės procedūros tikslo) pačios procedūros metu gydančio gydytojo sprendimu gali būti pakeista (padidinta) procedūros apimtis.

Taip pat, jeigu procedūros metu kyla akivaizdžių kontraindikacijų ją tęsti, gydančio gydytojo sprendimu procedūros apimtis gali būti sumažinta (nutraukta anksčiau, nepasiekus numatyto tikslo ir kt.).

6. Planuojamos atlikti invazinės ir/ar intervencinės procedūros alternatyvių diagnostikos ir gydymo metodų esmė, jų tikslai, ypatumai, rizikos ir kitos paciento apsisprendimui svarbios aplinkybės.

7. Galimos invazinės ir/ar intervencinės procedūros komplikacijos, svarbios paciento apsisprendimui dėl sutikimo davimo planuojamai skausmo gydymo procedūrai:

7.1. žinomos ir dažnai pasitaikančios komplikacijos:

- vietinės odos alerginės reakcijos – paraudimas, patinimas, niežulys, bėrimas;
- trumpalaikis nutirpimas nervo zonoje (dėl adatos sukeltos nervo mikrotraumos, dėl kraujagyslės pažeidimo šalia nervo, kai susidariusi kraujosrūva gali trumpam spausti nervą, dėl anestetiko suleidimo šalia nervo);
- galvos skausmas (dėl galimo stuburo smegenų dangalo pažeidimo ir smegenų skysčio nutekėjimo, atliekant injekciją į stuburo kanalą), išnykstantis ilgainiui po gulimo režimo bei skysčių vartojimo.

7.2. retai pasitaikančios komplikacijos:

- infekcija;
- kraujavimas;
- alerginis inkstų pažeidimas;
- audinių nekrozė.

7.3. Galimos šiam konkrečiam pacientui, įvertinus jo būklę:

8. Kitos aplinkybės, svarbios paciento apsisprendimui.

Procedūros metu, reikiamo nervo paieškai, gali būti naudojamas neurostimuliatorius. Po procedūros gali būti trumpalaikis skausmo paūmėjimas, gali jaustis nuskausminamos galūnės tirpimas, gali laikinai sutrikti nervų, raumenų funkcija

9. PACIENTO PATVIRTINIMAS

- Aš, pasirašydamas (-a) šį dokumentą, patvirtinu, kad gydytojas man suprantamai paaiškino apie mano ligą, šios ligos gydymo metodus, numatomos atlikti invazinės ir/ar intervencinės procedūros esmę, pobūdį, tikslus, žinomas ir galimas komplikacijas, invazinės ir/ar intervencinės procedūros alternatyvių diagnostikos ir gydymo metodų esmę, jų tikslus, ypatumus, riziką ir kitas svarbias aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti invazinės ir/ar intervencinės procedūros, o taip pat galimas pasekmes, jei invazinė ir/ar intervencinė procedūra nebūtų atlikta.

- Aš, pasirašydamas šį dokumentą sutinku ir prašau, kad aukščiau nurodytą procedūrą atliktų šios ligoninės gydytojai. Aš žinau, kad gydytojas gali pasikviesti kitus gydytojus asistuoti jam, dalyvauti procedūroje ar atlikti dalį jos.

- Man suprantamai paaiškinta, kad invazinės ir/ar intervencinės procedūros metu gali paaiškėti, jog reikia keisti numatytą procedūros apimtį. Jei taip atsitiktų, aš sutinku, kad gydytojai patys nuspręstų dėl invazinės ir/ar intervencinės procedūros apimties. Aš suprantu, kad procedūros metu gali būti naudojami skausmą malšinantys medikamentai, kurie gali sukelti mieguistumą ar laikiną kūno dalies aptirpimą.

- Aš žinau, kad medicinos mokslas nėra tobulas (tikslus) ir daugelį dalykų sunku numatyti. Man paaiškinta, kad po injekcijos atsiradus neįprastiems skausmams, patinimams ar kitiems liguistumo požymiams, pav., blogai savijautai, temperatūros pakilimui, tikslinga kreiptis į Skausmo gydymo specialistą, šeimos gydytoją, Greitąją medicinos pagalbą arba Ligoninės Skubiosios medicinos pagalbos skyrių.

- Aš žinau, kad turiu pasakyti gydytojams apie visus praeityje buvusius sveikatos sutrikimus, persirgtas ligas, atliktas operacijas, vartotus ir vartojamus vaistus, narkotines medžiagas, alergines reakcijas, genetinį paveldimumą ir kitus man žinomus duomenis, reikalingus tinkamai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Esu informuotas (-a) apie pareigą bendradarbiauti su gydytoju, vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų.

- Aš perskaičiau (ar man buvo perskaitytas) šį sutikimo invazinei ir/ar intervencinei procedūrai tekstą. Aš supratau gydytojo paaiškinimus žodžiu bei šį tekstą **ir sutinku, kad man būtų atlikta invazinė ir/ar intervencinė procedūra.**

Paciento (jo atstovo) vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas

Paciento (jo atstovo) parašas _____ Data _____ Laikas _____

10. PILDO PACIENTAS AR JO ATSTOVAS

Esu informuotas, kad įvykus komplikacijoms per pirmąsias 24 val. reikia skambinti tel. Nr.

Išvykstant namo mane lydės:

(vardas, pavardė, giminystės ryšys ar kt.)

Namuose pirmąsias valandas po procedūros mane slaugys (man padės):

(vardas, pavardė, giminystės ryšys ar kt.)

Man paaiškinta, kada ir į kokį gydytoją turiu kreiptis tolimesniam ambulatoriniam gydymui.

Paciento (jo atstovo) parašas _____

11. GYDYTOJO PATVIRTINIMAS

Aš patvirtinu, kad išsamiai aptariau ir įvertinau su pacientu (jo atstovu) invazinės ir/ar intervencinės procedūros naudą ir riziką. Pacientui (jo atstovui) suteikiau pakankamai informacijos, tam, kad apsispręstų dėl siūlomos invazinės ir/ar intervencinės procedūros.

Gydytojo vardas, profesinė kvalifikacija, parašas _____

Supažindinimo data _____ Laikas _____