

## VIDEOPOLYSOMNOGRAFIE

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....  
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): ..... / ..... Kód ZP: .....

Bydliště: .....

Zákonný zástupce: ..... Vztah: .....  
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)Narozen/a: ..... Bydliště: .....  
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

### Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař/ka doporučil/a provedení videopolysomnografie - podrobné monitorace spánku, dýchání ve spánku, zásobení krve kyslíkem, pohybů končetin, poruch chování během spánku (záškuby končetin, znaky náměsíčnosti atp.) a event. zvuků vydávaných během spánku. Nedílnou součástí vyšetření je video a audiomonitorace během spánku – bez nich nelze vyšetření provést.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Výkon se provádí při podezření na poruchy dýchání ve spánku, poruchy spánku nebo poruchy chování ve spánku – tzn. zejména zástavy dýchání ve spánku, neobvyklé pohyby končetin nebo poruchy spánku a bdění – nadměrnou spavost nebo naopak nespavost a jiné děje vázané na spánek.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Alternativou je vyšetření limitovanou polygrafií - vyšetření dýchání ve spánku - bez video a audiomonitorace a bez záznamu pohybů končetin a spánkových stádií. Toto vyšetření neposkytuje veškeré informace o Vašich poruchách vázaných na spánek (nelze z něj rozhodnout, zda event. poruchy jsou ve spánku nebo při bdění během noci). Systém je také bez možnosti průběžného sledování a kontroly aktuálního stavu – údaje z něj se zaznamenávají do paměti přístroje. V ojedinělých případech dochází k poruše tohoto přenosu dat na záznamovou kartu a vyšetření je proto znehodnoceno, nelze hodnotit a je nutné ho opakovat.

### Příprava k výkonu

Není nutná zvláštní příprava, vyšetření se provádí v jednolůžkové monitorovací místnosti, která je uzpůsobena pro klidný spánek.

### Postup při výkonu

Napojení snímačů na pacienta provede sestra, která následně celou noc sleduje průběh vyšetření z oddělené místnosti. Všechny snímače se připojují na povrch těla, bez potřeby narušení kožního krytu. Vyšetření je nutné zahájit do 23 hodin, trvá minimálně 6 hodin následujícího dne. Během vyšetření (noci) nebudete moci opouštět lůžko. V případě potřeby WC Vám sestra poskytne mísu nebo bažanta. Ráno po vyšetření vyčkáte event. konzultace s lékařem, kdy buď bude naplánováno další vyšetření, nebo budete propuštěni/a domů.

### Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Vyšetření je velmi bezpečné. Kromě místní alergické reakce na náplast nehrozí závažná rizika.

### Chování po výkonu, možná omezení

Po výkonu nejsou nutná žádná omezení, výsledek vyšetření Vám bude zaslán na Vámi uvedenou adresu.



Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).**

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

### POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....  
podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin

.....  
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

**Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):**

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

