



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM IMUNOADSORBCE

1. **Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):**

- řada chorobných stavů, kdy produkce protilátek proti vlastnímu tělu je příčinou onemocnění
- protilátkami zprostředkovaná rejekce transplantovaného orgánu
- jiná diagnóza _____

2. **Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):**

Ve Vašem vyšetřovacím a léčebném postupu Vám lékař doporučil provedení imunoadsorbce.

Je to metoda sloužící k odstranění protilátek z Vaší krevní plazmy. Dochází při ní k separaci plasmy od krve a následnému vychytávání protilátek z plasmy za použití přístrojové techniky a mimotělního oběhu. Používá se zejména při léčbě některých závažných onemocnění (některé záněty ledvin, myasthenia gravis, lupus erythematodes, polyradikuloneuritida) a při protilátkami podmíněnou rejekcí transplantovaných orgánů.

Předpokladem výkonu je umístění speciálního katétru (cévky) do centrální žíly, kterým je krev odváděna do přístroje a zde po průchodu filtrem pro plazmaferézu dochází k oddělení krve od plazmy, která následně prochází speciálním adsorbčním filtrem, kterým jsou odstraněny protilátky. Poté je ošetřená krev vedena zpět do těla. Během této procedury, která trvá cca 4-7 hodin v závislosti na množství ošetřené plazmy, pacient výše uvedené pochody nikterak nepocítuje, jedná se o bezbolestný proces.

3. **Rizika zdravotního výkonu.**

Možné průvodní nežádoucí účinky se vyskytují zřídka, patří mezi ně zejména přechodné snížení krevního tlaku při začátku procedury, ojediněle alergická reakce a pokles počtu krevních destiček, který může vést ke krvácivým komplikacím. Přechodná hypokalcémie (snížení sérové hladiny vápníku) vedoucí k pocitu brnění rtů a prstů. Proto jsou všechny tyto parametry a klinický stav pacienta během imunoadsorbce nepřetržitě sledovány.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

Plasmaferéza

5. **Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

Samotný výkon je krátkodobý a omezení obvyklého způsobu života je dáno základním onemocněním a nikoli výkonem samotným.

Předpokládaná doba hospitalizace:

Výkon se provádí výlučně za hospitalizace. Délka hospitalizace závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta, provádění imunoadsorbce délku hospitalizace přímo neovlivňuje.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

Doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své povolání/studium není přímo závislá na provedení nebo neprovedení imunoadsorbce, závisí spíše na celkovém zdravotním stavu a jeho dalším vývoji.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

V průběhu provádění kontinuálních očišťovacích metod je nutné klidně ležet, nemůžete opouštět lůžko, protože jste přes centrální žilní katétr napojen/a na očišťovací přístroj.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

Záleží na základním onemocnění a na úspěšnosti poskytované léčby.

6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

K provedení imunoabsorbce je potřeba zavést centrální žilní katétr, který je třeba adekvátně ošetřovat tak, aby nedošlo k infekčním komplikacím. Katétr není vhodné používat k jiným účelům, než k provedení eliminačních metod.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne20..... v.....hod.

Podpis pacienta * /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.