



## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ZAVEDENÍ KRÁTKODOBÉHO KATÉTRU DO CENTRÁLNÍ ŽÍLY

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

- 

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

- Vzhledem k současnému zdravotnímu stavu Vaší osoby/osoby Vámi zastupované je Vám/osobě Vámi zastupované zapotřebí zavést katétr (kanylu) do velké cévy (podklíčková, stehenní, hrdelní). Kanyla ve velké cévě umožňuje snadné a bezbolestné krevní odběry nezbytné pro sledování zdravotního stavu, podávání výživy, tekutin a léčiv přímo do žíly, provedení hemodialýzy (očistění krve), atd.
- Zavedení kanyly je prováděno v místním znecitlivění, u dětských pacientů v celkové anestezii.
- Popis výkonu: po oholení kůže je místo pro zavedení katétru dezinfikováno a případně místně znecitlivěno. Punkční jehlou je do žíly zaveden zavaděč a po něm vlastní žilní katétr. Zavaděč je odstraněn, katétr je přichycen ke kůži 2 – 4 stehy a překryt sterilní fólií nebo jiným obvazem s označením doby zavedení. Uložení katétru je zkontrolováno rentgenologickým vyšetřením. Místo zavedení žilního katétru je denně kontrolováno.

### 3. Rizika zdravotního výkonu:

Zejména:

- alergická reakce – na místní znecitlivění, na krycí materiál, na kontrastní látku;
- poranění katetrizované žíly nebo blízko uložené tepny s krvácením nebo ucpaním těchto cév, možnost zatečení krve do pohrudniční dutiny;
- uplávání zavaděče nebo žilního katétru či jeho části krevním proudem do krevního řečiště;
- infekce měkkých tkání v okolí i vlastního katétru;
- při katetrizaci hrdelních nebo podklíčkových žil možnost srdečních arytmií;
- vznik kožní jizvy v místě vstupu žilního katétru.

### 4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Zavedení kanyly do periferní žíly. Toto řešení je ale pro některé úkony nevhodné.

### 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:

- Zavedený katétr do centrální žíly je vhodný pro pacienta v závažném zdravotním stavu, vyžadujícím hospitalizaci.

*Předpokládaná doba hospitalizace:* v souvislosti s výkonem 1 – 2 dny.

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* souvisí se základním onemocněním, nikoli se zavedením katétru.

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* souvisí se základním onemocněním, nikoli se zavedením katétru.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* v souvislosti se zavedením katétru nejsou žádné.

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

- Pravidelné kontroly okolí místa po zavedení katétru, při zarudnutí a bolesti kontrola u lékaře ihned.

**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. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....20..... 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 jím 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, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), 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 můžu 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, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis pacienta<sup>\*</sup> /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.