



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM KONTINUÁLNÍ OČIŠŤOVACÍ METODA KRVE: CVVHD (KONTINUÁLNÍ VENOVENÓZNÍ HEMODIALÝZA), CVVH (KONTINUÁLNÍ VENOVENÓZNÍ HEMOFILTRACE)

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

- závažné infekce způsobené bakteriemi, které vedou k selhání několika životně důležitých orgánů, především ledvin a plic
- závažné komplikace operačních výkonů, které vedou k selhání několika životně důležitých orgánů, zejména ledvin a plic
- jiná diagnóza: _____

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

Jde o očišťovací metody krve, které využívají přístrojové techniky a mimotělního oběhu a používají se zejména k náhradě funkce ledvin u těžce nemocných a dále při léčbě některých otrav – např. léky či chemikáliemi. Mezi CVVHD a CVVH jsou jen technické rozdíly. CVVHD je pro odstraňování cizorodých látek nebo toxinů vznikajících při selhání ledvin účinnější.

Po zajištění přístupu do žilního řečiště zavedením centrálního žilního katétru je krev odváděna do přístroje a po průchodu kapslí, kde se odehrává očištění krve od nežádoucích látek (tělu cizích i tělu vlastních), je krev vedena zpět do těla v nezměněném množství. Tuto proceduru je možno provádět nepřetržitě řadu dní, celková doba odvisí od závažnosti klinického stavu pacienta. Tento způsob očišťování krve je pro pacienta vhodný tím, že se nejvíce blíží přirozeným pochodům v organismu a samotný výkon nemocný nijak nepociťuje.

3. Rizika zdravotního výkonu:

- Možné doprovodné nežádoucí efekty se vyskytují zřídka, patří mezi ně zejména ojedinělá alergická reakce a pokles počtu krevních destiček, který může vést ke krvácivým komplikacím. Proto jsou všechny tyto parametry a klinický stav pacienta během CVVH, CVVHD nepřetržitě sledovány.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Intermittentní dialýza je na stejném principu prováděné očištění krve, ale neprovádí se kontinuálně, nýbrž přetržitě (intermittentně), zpravidla však denně po dobu 2-8 hodin.

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:

- Omezení závisí na povaze základního onemocnění.

Předpokládaná doba hospitalizace:

- Výkon se provádí výlučně za hospitalizace na lůžku jednotky intenzivní péče. Délka hospitalizace závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta, provádění kontinuálních očišťovacích metod 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 kontinuální očišťovací metody, 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:

- Zdravotní způsobilost je ovlivněna především základním onemocněním a jeho komplikacemi.

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

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

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

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 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, 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 lékařem 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* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

* 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.