



Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM PODÁVÁNÍ NITROŽILNÍ VÝŽIVY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

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

- Stavy malnutrice po transplantaci kmenových buněk krvetvorby.
 Jiné: _____

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

Vašemu dítěti je v současné době nutné podávat dlouhodobě nitrožilní výživu. Důvodem je komplikace výše uvedeného onemocnění, která znemožňuje vstřebávat v dostatečném množství živiny a tekutiny, a bez doplnění cestou nitrožilní výživy by Vaše dítě nemohlo růst, přibývat na váze, hrozil by mu nedostatek tekutin, solí, živin.

Tuto výživu dostávalo Vaše dítě dosud na našem pracovišti. Nyní je možné na Vaši žádost a naše doporučení pokračovat v podávání nitrožilní výživy doma.

K podávání výživy byla zavedena hadička do velké žíly, tzv. centrální žilní katétr. Výživa bude podávána z vaků připravených podle předpisu lékaře ústavní lékárnou.

Během pobytu na oddělení jste byli opakovaně a podrobně poučeni o obsluze infuzní pumpy, péči o centrální žilní katétr, sterilním způsobu napojování infuze, o možných komplikacích, které mohou vzniknout náhle, a které byste měli sami rozpoznat, i o doporučených postupech v těchto případech.

3. **Rizika zdravotního výkonu:**

- **Celková infekce** pocházející z katétru: projeví se horečkou nebo i podchlazením, třesavkou, nevolností, (horečka nebude mít jiný zjevný důvod - kašel, rýmu).
Opatření: pokud zrovna podáváte vak, podávání ukončete, ihned kontaktujte lékaře.
- **Infekce místa vpichu:** Zarudnutí vpichu, hnisání nebo mokvání.
Opatření: Převazujte denně, místo vpichu potírejte betadine mastí či framykoinem. Pokud se nezlepší, vyhledejte lékaře.
- **Trombóza žíly:** Příznaky: Otok hlavy, krku, ramene, event. jiné lokalizace dle umístění katétru.
Opatření: Přerušete podávání vaku, vyhledejte lékaře.
- **Povytažení katétru z žíly:** Příznaky: Otok ramene, otok pod klíční kostí, event. jiné lokalizace dle umístění katétru.
Opatření: Přerušete podávání infuze, vyhledejte lékaře.
- **Prasknutí katétru:**
 - A) Za místem zavedení pod kůži: Vznikne otok.
Opatření: Přerušete podávání vaku, vyhledejte lékaře.
 - B) Prasknutí hadičky mimo tělo: Z hadičky vytéká infuze nebo krev.
Opatření: Zacvakněte hadičku mezi prasklinou a tělem, přerušete podávání infuze, vyhledejte lékaře.
- Při komplikacích volejte
- Kromě těchto komplikací mohou i při řádně vedené nitrožilní výživě vzniknout i tzv. metabolické komplikace (týkající se látkové výměny). Dosud není možné připravit výživu tak, aby vyhovovala potřebám rostoucího dítěte a byla prosta jakýchkoli vedlejších účinků a komplikací. Jedná se zejména o poškození jater, kostí, chybění některých stopových prvků a vitaminů. Vaše dítě bude v průběhu umělé výživy pravidelně sledováno a tyto komplikace, pokud nastanou, budou řešeny.
- Je třeba si přesto uvědomit, že nitrožilní výživa nemůže nikdy být plnou náhradou běžné výživy přijímané ústy, ale že u Vašeho dítěte je tato cesta nitrožilní výživy přes všechna rizika v současné době nezbytně nutná.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Podávání nitrožilní výživy je v současné době pro Vaše dítě nezbytné a neexistují žádné alternativní postupy.
- Alternativou podávání výživy v domácí péči je pokračování hospitalizace.

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:

Předpokládaná doba hospitalizace: 0 dní.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 0 dní – případné omezení nesouvisí s podáváním nitrožilní výživy, ale s celkovým zdravotním stavem.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: kromě péče o katétr a omezení volného pohybu při napojení infuze není domácí nitrožilní výživa spojena s žádným omezením.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nejsou.

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

Dbejte, aby centrální žilní katétr (dále CŽK) nebyl nikdy pod tahem (při přebalování, chování dítěte, při hře i při převazech apod.), mohlo by dojít k jeho vytažení.

Převaz centrálního žilního katétru (CŽK):

Místo, kde CŽK vychází z kůže, je nutné chránit před znečištěním a pravidelně převazovat nejméně 1x týdně, podle potřeby i častěji.

Příprava infuze:

- 1) Výživa bude podávána ze speciálního vaku. Vaky uchovávejte v lednici, nejlépe v samostatné jen na vaky, nebo oddělené, například v boxu na zeleninu, kde budou jen vaky. Box 1x týdně vymyjte a desinfikujte.
- 2) Vak před nasazením vyndejte z lednice asi hodinu až dvě předem, aby získal pokojovou teplotu.
- 3) Bezprostředně před nasazením přidejte do vaku předepsané přísady, pokud je to třeba dle poučení z pracoviště, kde jste sledováni.
- 4) Umyjte si ruce vodou a mýdlem a odezinfikujte.
- 5) Poté do vaku sterilně napojte infuzní set. Zavřete tlačku na infuzním setu, otevřete odvzdušňovač a udělejte hladinku infuze v komůrce. Otevřete tlačku setu a propláchněte celý set, poté odvzdušňovač a tlačku setu zase zavřete. **POZOR NA VZDUCHOVÉ BUBLINY!!!**
- 6) Sterilně napojte vak na CŽK. Konců hadiček setu, konce CŽK, konců spojovacích hadiček se dotýkejte jen v rukavicích. Dbejte, aby hadička CŽK nebyla zakroucená!!!
- 7) Všechny spoje mezi hadičkami omotejte sterilním krytím (čtverečky, sterilní alobal) a přelepte náplastí.
- 8) Rychlost podávání vaku vypočítejte vydělením množství tekutin (je na vaku uvedeno, a bude se občas měnit), ke kterému připočtete přidané léky, počtem hodin podávání vaku. Vyjde rychlost podávání za hodinu. Tu nastavte na pumpě.

Pro Vaši orientaci je v současné době rychlost podávání vaku Vašemu dítěti ml/hodinu po dobu.....hodin denně.

Pokud z nějakého důvodu nasadíte vak pozdě, nebo se podávání přeruší – porucha pumpy apod., nebo budete potřebovat skončit dřív - nezrychlujte podávání, buď protáhněte dobu podávání, nebo nechte vak nedokapaný. Pokud infuze dokapala výrazně dříve, např. o 4 hodiny, nebo zjistíte, že šla určitou dobu dvojnásobkem doporučené rychlosti, nasadte ihned další vak obvyklou rychlostí a kontaktujte oddělení.

- 9) Po ukončení denní infuze vak sterilně odpojte, a naplňte hadičku heparinovou zátkou podle návodu z pracoviště, kde jste sledováni.

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 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, 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.