

INFORMOVANÝ SOUHLAS s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

Jméno a příjmení pacienta/pacientky ¹	Rodné číslo
Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka ² - u zák. zástupce příbuzenský vztah	
Označení zdravotního výkonu/typ výkonu	
Chronická hemodialýza, chronická hemodiafiltrace - léčebný výkon	

1. Popis, účel a předpokládaný přínos výkonu. Příčina a původ nemoci (je-li znám), stadium, předpokládaný vývoj:

Výkon je prováděn u pacientů v 5. stadiu chronického selhání ledvin, 2-3x týdně 4-5 hodin dle laboratorních výsledků. Pacient je napojen na přístroj cestou buď A-V fistule t.j. spojky, mezi tepnou a žilou (zakládá cévní chirurg ještě před zařazením do dialyzačního programu), sestřičky napíchnou do takto připravené žíly 2 jehly, a nebo cestou dialyzační kanyly (v případě , že není k dispozici AV fistule). Účelem výkonu je odstranění zplodin metabolismu z organismu, které již ledviny nejsou schopny vyloučit. Výkon je dále prováděn do transplantace ledviny od dárce (zařazení do Čekací listiny na transplantaci ledviny indikuje transplantační centrum) nebo doživotně. Ve výjimečných případech ke spontánní úpravě funkce vlastních ledvin.

2. Rizika obecně spojená s výkonem, rizika spojená s osobou pacienta vzhledem k jeho věku, předchozím zdravotním komplikacím, souběžným chorobám apod., naléhavost výkonu, možnost jeho odložení, příp. rizika spojená s odkladem:

Jde o výkon, který je v 5. stadiu selhání ledvin životně důležitý, jeho odklad nebo odmítnutí může znamenat výrazné zhoršení zdravotního stavu zvláště zadržetí tekutin, nechutenství, zvracení, dušnost až úmrtí. Možné komplikace během výkonu jsou zejména nízký tlak, zvracení, křeče, krvácení z vpichu, bolesti hlavy, srážení krve v mimotělním oběhu, v případě kanyly i infekce v místě vpichu či zanesení infekce do krve, bezvědomí, v krajním případě i úmrtí.

3. Možné alternativy výkonu, jejich výhody a nevýhody, možnost volby alternativy:

Možná alternativa léčby je peritoneální dialýza - pacient si provádí sám v domácím prostředí, 3-4x denně si napouští a vypouští roztok do dutiny břišní nebo roztok po dobu cca 10 hodin během noci

¹ Vlepit štítek nebo vepsat

² Nehodící se škrtněte

napouští a vypouští zapůjčený přístroj. U této metody je nutné operační zavedení katétru tj. „hadičky“ do dutiny břišní, která zde zůstává trvale.

4. Možné omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu

a s případnými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti:

Po výkonu je vhodné dodržovat cca 3 hodiny klidový režim, chránit fistuli před poraněním, v případě kanyly chránit před vytažením či znečištěním. Dále dodržovat některá dietní opatření, zvláště restrikce tekutin
a další omezení dle rad ošetřujícího personálu.

5. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrol, případně další potřebné léčbě:

Při první hemodialýze je pacient informován o termínech dialýz, dále pak během dalších dialýz je průběžně informován o dalším léčebném plánu, 1x měsíčně je prováděna kompletní laboratorní kontrola a pacient informován o změnách v terapii, dialyzačním režimu, o dietních opatřeních a o nutnosti dalších případných vyšetření.

6. Poučení o typu anestezie:

Anestezie se při tomto typu výkonu nepoužívá.

Pacient/pacientka (zákonný zástupce/opatrovník):

1. Přečtěte si pozorně tento informovaný souhlas vysvětlující podstatu navrhovaného výkonu.
2. Pokud jste plně nerozuměl/a vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) byl poučen o svém právu klást doplňující otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženým zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli, a o svém právu svobodně se rozhodnout

o postupu při poskytování zdravotních výkonů, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. Bere na vědomí, že zdravotní výkon nemusí být proveden ošetřujícím lékařem. Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) prohlašuje, že podaným informacím rozumí, nemá žádné otázky ani nejasnosti a vyslovuje svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními výkony. Současně prohlašuje, že na všechny otázky obdržel srozumitelnou odpověď a vyslovuje souhlas s provedením dalších zde neuvedených výkonů, bude-li to potřebné pro ochranu života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

Pacient byl informován a vzal na vědomí, že předmětným zákrokem nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta/pacientky	V Jilemnici dne: v hodin
Podpis zákonného zástupce/opatrovníka ³	V Jilemnici dne: v hodin

³ Nehodící se škrtněte. Podpis nezletilého se vyžaduje, je-li schopen s ohledem na svůj věk vnímat situaci a vyjadřovat se (§ 25 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.).

Jméno, příjmení (jmenovka) a podpis lékaře, který poskytl/a poučení	V Jilemnici dne: v hodin

Pacientovi/pacientce bránily v podpisu tohoto informovaného souhlasu tyto důvody⁴:

.....
.....
.....

☐ svou vůli projevil/a tak, že

.....
.....
.....

☐ Pacient/pacientka se nemohl/a osobně vyjádřit

Svědék, který byl přítomen projevu vůle k souhlasu

Jméno, příjmení	Podpis	V Jilemnici dne: v hodin

⁴ Nehodící se škrtněte

☐ Zaškrtněte vybranou možnost