

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	
Domácí dialýza - léčebný výkon	

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

Vážená paní, vážený pane, Váš lékař Vám navrhl možnost dialyzovat se mimo dialyzační středisko, v domácím prostředí. Tento způsob léčby by pro Vás měl být z pohledu medicínského i z pohledu sociálního přínosem. Protože je funkce Vašich ledvin narušena, jste zpravidla léčeni pomocí hemodialýzy

či hemodiafiltrace v pravidelném dialyzačním režimu přibližně třikrát týdně v dialyzačním středisku. Léčba

v domácím prostředí, tzv. domácí dialýza, má řadu výhod ve srovnání s léčbou na středisku, ale obnáší i řadu úskalí. Dialyzovat se v domácím prostředí je jen jednou z možností dialyzační léčby. Vaše volba je naprosto dobrovolná. Je tedy na Vás, zda se rozhodnete pro domácí dialýzu. Než se rozhodnete, je důležité, abyste správně chápali, co domácí dialýza obnáší. Tuto volbu prodiskutujte se svou rodinou a lékařem a teprve potom se rozhodněte.

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:

Zaměstnanci firmy Bionext budete důkladně proškoleni/proškoleni k obsluze dialyzačního systému i používání potřebného příslušenství (viz příloha č. 1). Budete poučena/poučen o nejčastějších komplikacích a alarmových situacích i jejich řešení. Budete proškoleni/proškoleni k použití systému s dialyzačním roztokem předpřipraveným ve vacích, případně jak připravit dialyzační roztok z dialyzačního koncentrátu

a vody připravené v úpravně vody. Budete proškoleni/proškoleni v použití detektoru úniku krve. Ošetřující personál dialyzačního střediska, kde se léčíte, Vás naučí zavádět si sama/sám dialyzační

¹ Vlepit štítek nebo vepsat

² Nehodící se škrtněte

jehly (připojit dialyzační katétr), zahájit i ukončit léčbu, pečovat o svůj cévní přístup, zaznamenávat parametry léčby do dialyzačního protokolu, udržovat prostředí, ve kterém se budete dialyzovat i správně ošetřovat přístroje k léčbě.

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

Mezi výhody léčby v domácím prostředí patří především to, že nebudete muset dojíždět do dialyzačního střediska. Léčebný program se Vám časově přizpůsobí na míru i s ohledem na Váš životní a pracovní rytmus. Po dohodě s ošetřujícím lékařem si tedy budete moci naplánovat léčbu například na dobu večerního sledování televizního programu a pravidelné návštěvy dialyzačního střediska Vás nebudou omezovat v denní aktivitě. Další výhodou je častější provádění dialýzy, a tedy přiblížení frekvence léčby běžné činnosti zdravých ledvin. Vyšší frekvence léčby se příznivě projeví na Vašich klinických výsledcích a nutričním stavu. Je možné, že Vám budou moci být sníženy dávky některých léků. Domácí dialýza na druhou stranu znamená, že se na léčbě budete sama/sám aktivně podílet a převezmete značnou část zodpovědnosti za správné provádění dialyzační léčby a dodržování léčebného předpisu, který Vám určil Váš ošetřující lékař. Nedodržení předepsaného léčebného režimu může poškodit Váš zdravotní stav a končit v nejhorším případě smrtí.

4. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrol, případně další potřebné léčbě. Vaší povinností bude především:

- pravdivě vyplnit protokol ke každé léčbě;
- jednou za měsíc navštívit dialyzační středisko;
- informovat bez zbytečného prodlení svou dialyzační sestru či lékaře o jakékoliv změně zdravotního stavu, technických problémech apod.;
- obsluhovat a zacházet s dialyzačním systémem, úpravnou vody, detektorem úniku krve i potřebným příslušenstvím v souladu s návodem k jejich obsluze.

Veškeré dovednosti související s domácí dialýzou budete muset zvládnout dělat sama/sám, s plným vědomím odpovědnosti za správné provedení i případných negativních důsledků při nedodržení správného postupu.

V případě medicínských dotazů, které s domácí dialýzou souvisí, kontaktujte svého lékaře:

Kontaktní osoba pro pacienty: _____

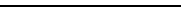
K zastižení na oddělení: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

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.

 Jilemnice a Semily nemocnice s budoucností	MMN a.s. Metyšova 465 514 01 Jilemnice IČO: 05421888 tel.: 481 551 111	04_HDO_F_003 Informovaný souhlas Domácí dialýza	Strana 3 z 4
			Verze: 02, 11/2021

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byla/byl plně a srozumitelně informována/informován o domácí hemodialýze, o důležitosti dodržování postupů a předepsaného protokolu, a to jak ústním poučením od ošetřujícího personálu a lékaře, tak v podobě písemných informací pro pacienty. Zároveň jsem byla/byl i podrobně prakticky proškolená/proškolen k provádění domácí hemodialýzy. Informace pro pacienty mi byly předány. Měla/měl jsem příležitost vznést všechny potřebné otázky a dostalo se mi ujištění, že mi budou zodpovězeny i všechny případné další dotazy. Jsem si plně vědoma/vědom odpovědnosti za správné provádění domácí hemodialýzy i případných negativních důsledků při nedodržení správného postupu. Dále jsem si vědom/a možných komplikací během dialýzy, zvláště poklesu krevního tlaku, křečí, krvácení z vpichů, samovolného vysunutí jehly z AVF, bezvědomí až úmrtí. Byl/a jsem poučen/a o možných řešeních těchto situací. Beru zároveň na vědomí, že prováděním domácí dialyzační léčby vzroste spotřeba elektřiny, vody mé domácnosti a že náklady s tím spojené včetně nákladů na případné stavební úpravy (rozvody elektřiny, vody, rozbor kvality vody apod.) mi nebudou ze strany poskytovatele zdravotních služeb (dialyzačního střediska) hrazeny. Prohlašuji, že budu předcházet poškození přístrojového vybavení či vzniku jiných škod v souvislosti s domácí dialyzační léčbou. Pro případné riziko škody na majetku či zdraví třetích osob jsem dostatečně pojištěna/pojištěn.

štítek pacienta

Podpis pacienta/pacientky	V Jilemnici dne: v hodin
Podpis zákonného zástupce/opatrovníka³	V Jilemnici dne: v hodin
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

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.).

⁴ Nehodící se škrtněte

☐ Zaškrtněte vybranou možnost