

**Záznam o písemném souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce s
poskytnutím zdravotního výkonu –
zavedení dočasného dialyzačního katétru**

dle vyhl. č. 385/2006 Sb. ve znění vyhl. č. 64/2007 Sb.

Identifikační údaje:

Identifikační číslo pacienta:

Jméno a příjmení:

Jméno, příjmení, datum narození a bydliště zákonného zástupce *):

Zdravotnické zařízení (název): Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace
sídlo: Purkyňovo náměstí 2, 674 01 Třebíč
IČ: 00839396
oddělení: hemodialýza
tel. číslo: 568 809 373

Jméno, příjmení event. titul zdravotnického pracovníka poskytujícího údaje a poučení:

Informace podané pacientovi nebo jeho zákonnému zástupci:

Vážená pacientko, vážený paciente,

Trpíte onemocněním ledvin, které trvale nebo dočasně vyžaduje náhradu jejich funkce hemodialýzou. K zajištění této léčebné metody je třeba, abyste měla (měl) vytvořený dočasný nebo trvalý přístup do cévního řečiště. Pokud jej nemáte již vytvořený chirurgicky, nebo pokud již vytvořený cévní přístup nelze z jakéhokoliv důvodu v současné době využívat (pro jeho nezralost, zánik zúžením nebo ucpaním krevní sraženinou), je nutné zajistit Vám přístup do cévního řečiště zavedením dočasného dialyzačního katétru.

Jedná se o kanylu délky 16-20 cm, která se zavádí v místním znecitlivění do horní duté žíly cestou některé z velkých žil, nejčastěji krční nebo podklíčkové, vzácněji do dolní duté žíly cestou stehenní žíly. Kanyla bude sloužit pro provádění hemodialýzy po dobu nutnou k znovu založení trvalého cévního přístupu, může být zavedena opakovaně, její životnost je omezena na maximálně 4-5 týdnů, v případě infekce nebo poruchy funkce je měněna dříve.

Kanylace se provádí vleže na lůžku, bez podložení hlavy, aby bylo možno předejít riziku vzduchové embolie. Volba cévy pro kanylaci není náhodná, volí se vždy nejdříve nejbezpečnější a nejvýhodnější lokalita k zavedení kanyly.

Po lokální dezinfekci kůže se provádí místní znecitlivění celé oblasti kolem místa zavedení kanyly, následně její zavedení pomocí k tomu speciálně připraveného setu nástrojů. Po zavedení kanyly do cévy a kontrole její funkce je kanyla přišita dvěma stehy ke kůži, aby nemohlo dojít k jejímu uvolnění. Místo vpichu je trvale sterilně kryto a část katétru vyčnívající z kůže je rovněž mimo hemodialýzu trvale kryta.

Zavedená kanyla bude mít dvě nebo tři zevní ústí, aby bylo možno je užívat pro potřebu hemodialýzy a nebo eventuálně i k podávání léků a infuzí, pokud budete hospitalizován (a).

Přestože tento výkon bývá obvykle bezproblémový, je nutné, abyste byla (byl) seznámen(a) s možnými komplikacemi, které mohou nastat při zavádění katétru nebo při jeho užívání.

Při zavádění katétru může vzácně dojít k poranění krční nebo podklíčkové tepny, k poranění plíce s průnikem vzduchu do pohrudniční dutiny, velmi vzácně k vzduchové embolii.

Všechny tyto komplikace lze na našem pracovišti řešit.

Po zavedení katétru může místo vpichu krátce krvácet a v okolí se může vytvořit hematom(modřina).

Po několika dnech může dojít k vzniku infekce, buď místní, kolem ústí katétru a v tunelu v podkoží, nebo celkové, s příznaky sepse. Proto je nutno okolí kanyly i Váš celkový stav po dobu zavedení katétru pečlivě sledovat, věnovat pozornost zarudnutí, bolesti nebo vytékání sekretu kolem katétru, sledovat tělesnou teplotu, vyhýbat se zbytečnému vstupu do katétru, nemanipulovat s ním jinak, než za sterilních podmínek. Se zavedeným katétreem se nelze koupat ani sprchovat, pokud není kryt neprodyšně.

Není-li katéтр právě používán, je vždy uzavřen heparinovou zátkou, aby nedošlo ke srážení krve v průsvitu katétru. Není-li katéтр dobře fixován pouze stehy, jsou jeho volně vyčnívající části přichyceny ke kůži ještě náplastí, speciálním krytím s lepením, případně čelenkou.

S katétreem nelze manipulovat, ohýbat jej, vystavovat teplu, chemikáliím, ostrým nástrojům, mohlo by dojít k jeho mechanickému poškození.

Správná péče o zavedený katéтр zamezí většině komplikací.

Nebude-li kanylu dále třeba, bude Vám po odstranění fixačních stehů za sterilních podmínek vyjmuta, místo vpichu bude kryto vlhkým neprodyšným krytím, které smíte sejmout nejdříve za 24 hodin po vytažení kanyly.

Máte právo svobodně rozhodnout o provedení tohoto výkonu.

Pokud byste nesouhlasil (a) se zavedením dialyzačního katétru, nelze Vám dočasně jinak zajistit náhradu funkce ledvin.

Vyjádření pacienta nebo zákonného zástupce

Já níže podepsaný pacient**) - zákonný zástupce pacienta**) prohlašuji a potvrzuji:

- že údaje a poučení uvedené shora v tomto písemném souhlasu, mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že tomu rozumím a že jsem měl možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
- že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a že výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů,
- že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladně provedení dalších zákroků nutných k záchraně nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony.

Vyjádření zákonného zástupce o přiměřeném poskytnutí údajů pacientovi *)

Já níže podepsaný zákonný zástupce pacienta dále prohlašuji a potvrzuji, že příslušné údaje:

- a) byly v přiměřeném rozsahu a formě poskytnuty též pacientovi**)
- b) nebyly a nemohly být pacientovi poskytnuty z důvodu jeho zdravotního stavu**)

Případná další vyjádření či prohlášení pacienta nebo zákonného zástupce :

.....
.....

Datum:

podpis pacienta**) nebo zákonného zástupce **)-----
podpis zdravotnického pracovníka
poskytujícího údaje a poučeníDůvody nemožnosti získání podpisu pacienta nebo zákonného zástupce a údaj o projevu vůle pacienta
***):

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

Jméno a příjmení svědka:

podpis svědka**Vysvětlivky:****Zákonný zástupce** - zastupuje nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům.*) není-li nutnost souhlasu zákonného zástupce **škrkněte!****) **nehodící se škrkněte!**

***)

a) Nemůže-li se pacient podepsat, opatří se záznam jménem , popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka , který byl přítomen projevu souhlasu, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat, a dále se uvede, jakým způsobem pacient projevil svou vůli.

b) Odmítá-li zákonný zástupce písemný souhlas podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.