

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

**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 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 ucpáním krevní sraženinou) a na základě Vašeho zdravotního stavu lze předpokládat, že potřeba hemodialýzy pro Vás bude nutná na dobu delší než tři týdny, je nutné zajistit Vám přístup do cévního řečiště zavedením permanentního dialyzačního katétru.

Jedná se o silikonový katétr délky 19-23 cm, který se zavádí v místním znecitlivění cestou některé z velkých žil, nejčastěji krční nebo podklíčkové, do pravé srdeční předsně.

Kanyla bude dlouhodobě sloužit pro provádění hemodialýzy, pokud nebudete mít jiným způsobem zajištěný cévní přístup. Kanyla je určena pro dlouhodobé použití a proto je vybavena manžetou z dakronu, která zůstane v podkoží na Vašem hrudníku a po přihojení zajistí dlouhodobě polohu kanyly a významně omezí riziko infekce.

Kanylace se provádí po přípravě, na zákrokovém sálku vybaveném pro případ všech komplikací, někdy po předchozím zaměření vhodné cévy pomocí ultrazvuku.

Výkon se provádí pomocí nástrojů ze speciálního k tomu určeného zaváděcího setu. , vleže na lůžku, bez podložení hlavy, aby bylo možno předejít riziku vzduchové embolie. Nejčastěji volená a nejvhodnější pro tento účel je vnitřní krční žila v místech těsně nad klíční kostí.

Po lokální dezinfekci kůže se provádí místní znecitlivění celé oblasti kolem místa zavedení kanyly, následně její zavedení pomocí k tomu speciálně připraveného setu nástrojů. Před vyústěním kanyly na povrch kůže je její část vedena podkožním tunelem, kde je uložena i výše zmíněná dakronová manžeta. Po zavedení kanyly a kontrole její funkce je kanyla přišita dvěma stehy ke kůži na přední

stěně hrudníku, 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 má dvě ústí, která budou trvale mimo dobu dialýzy uzavřena zátkami z protisrážlivých léků. Kanylu nelze užívat k jinému účelu než pro hemodialýzu, ani k odběrům, aplikaci léků a infuzí.

Přestože tento výkon bývá obvykle bezproblémový, je nutné, abyste byl(a) 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 vpichu nebo v průběhu podkožního tunelu se může vytvořit hematoma(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 lze sprchovat, na tuto dobu je třeba jej krýt neprodyšně. Volně vyčnívající část katétru bude fixována ke kůži hrudníku speciálním, k tomu uzpůsobeným lepením.

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

Správná péče o zavedený katétr zamezí většině komplikací a umožní Vám dlouhodobě kvalitní cévní přístup k provádění hemodialýzy.

Nebude-li kanylu dále třeba, je nutno kanylu vyjmout chirurgicky- v místním znecitlivění, nelze ji vytáhnout po rozpuštění fixačních stehů, je-li zavedena déle než dva týdny.

#### **Máte právo svobodně se rozhodnout o provedení tohoto výkonu.**

Pokud byste nesouhlasil (a) se zavedením permanentního dialyzačního katétru, a nemáte jinou možnost – funkční cévní spojku pro dialýzu vytvořenou chirurgicky na Vašich vlastních cévách, nebo funkční peritoneální dialyzační katétr, nelze Vám 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 těmto 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 , event zákonného zástupce :**

.....  
.....

Datum:

-----  
podpis pacienta\*\*) nebo zákonného zástupce \*\*)

-----  
podpis zdravotnického pracovníka  
poskytujícího údaje a poučení

Důvody 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.

