

**Záznam o písemném souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce s  
poskytnutím zdravotního výkonu  
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: hemodialyzační středisko  
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, vzhledem k Vašemu onemocnění ledvin a nutnosti hemodialyzační terapie je nutno seznámit Vás s následujícími fakty:

**DŮVOD ZAHÁJENÍ A PROVEDENÍ HEMODIALYZAČNÍ LÉČBY**

Při vyšetření Vašeho zdravotního stavu bylo zjištěno, že Vaše ledviny jsou vážně poškozeny a po určitém časovém období nebudou nadále schopny odstranit z Vašeho organismu hromadící se toxické odpadové látky a přebytečnou vodu. Tento stav Vás bude ve svém konečném stadiu bezprostředně ohrožovat na životě a bude důvodem rozvoje obtíží jako jsou slabost, malátnost, únava, nevolnost, zvracení, nechutenství, hubnutí, průjmy, otoky, dechové obtíže, krvácivé projevy, vysoký krevní tlak a následně úmrtí v kómatu.

Aby se předešlo rozvoji závažných postižení Vašeho organismu, doporučujeme Vám zahájení hemodialyzační léčby, jejímž výsledkem bude zlepšení Vašeho celkového zdravotního stavu, kvality Vašeho života a životního komfortu. Aby byly vytvořeny základní podmínky pro Vaši následnou úspěšnou léčbu umělou ledvinou, doporučujeme Vám zároveň zahájení bezpodmínečně nutných přípravných opatření, která jsou nezbytná k řádnému, včasnému a bezpečnému zahájení Vaší hemodialyzační léčby.

**VLASTNÍ PROVEDENÍ HEMODIALYZAČNÍ LÉČBY**

Léčba spočívá v napojení Vašeho krevního oběhu na speciální přístroj (umělou ledvinu) pomocí mimotělního krevního oběhu, ve kterém je Vaše krev očišťována ve speciálním filtru od toxických odpadových látek a přebytečné vody a po očištění se zpět vrací do Vašeho cévního řečiště. Variantou této metody, vhodnou pro některé pacienty, je hemodiafiltrace, která k očištění krve používá více propustné filtry a následná ztráta tekutin je doplněna náhradním roztokem.

Mimotělní krevní oběh je složen z dialyzačních jehel nebo cévního katétru, hadiček mimotělního krevního systému a vlastního filtru (dialyzátoru). V případě, že máte vytvořen cévní zkrat (shunt), je napojení provedeno pomocí speciálních jehel které Vám sestra zavede do tohoto zkratu. Pokud tento zkrat nemáte vytvořen, je napojení provedeno pomocí speciálního katétru který

Vám zavede lékař do Vašeho centrálního žilního systému. Napojení pacienta na přístroj vyžaduje obvykle použití léků zabraňujících srážení krve.

Dobu trvání a četnost dialyzačního výkonu určíme na základě Vašeho celkového zdravotního stavu a kontrolních laboratorních vyšetření hodnotících adekvátnost Vaší dialyzační léčby. Obvykle jsou pacienti, zařazení do pravidelné dialyzační léčby, léčeni s frekvencí minimálně 3-krát týdně v minimální době trvání výkonu 4 hodiny.

Během dialyzační léčby budete ležet na lůžku či sedět ve speciálním křesle, můžete jíst a pít, sledovat televizi, číst si či spát. Kouření je v prostorách dialyzačního střediska zakázáno

### **KOMPLIKACE HEMODIALYZAČNÍ LÉČBY**

I při naprosto správném postupu může docházet ve výjimečných případech během vlastního léčebného výkonu k možným komplikacím jako je:

kolísání krevního tlaku s poklesem nebo naopak vzestupem, svalová křeč, bolest hlavy, nevolnost a zvracení, bolest na hrudi či v zádech, svědění kůže, porucha srdečního rytmu, porucha vědomí, krvácení, horečka, obtížné zavedení dialyzačních jehel do cévního zkratu, trhlina cévního zkratu nebo jeho uzavěr a infekční komplikace.

Aby se účinně předešlo možnému výskytu těchto komplikací, je bezpodmínečně nutné dodržovat režim, doporučení a pokyny, které Vám doporučí lékař či zdravotní sestra. V případě výskytu jakýchkoliv obtíží během dialyzační léčby okamžitě informujte ošetřující personál tak, aby bylo zahájeno co nejdříve účinné léčení případných komplikací.

### **PŘÍPRAVNÁ OPATŘENÍ PŘED NÁSLEDNÝM ZAŘAZENÍM DO HEMODIALYZAČNÍ LÉČBY**

Vzhledem k riziku nákazy infekční žloutenkou typu B přes to, že veškerý materiál používaný při hemodialyzační léčbě je na jedno použití a veškerý provoz dialyzačního střediska je organizován podle Provozního řádu tak, aby bylo riziko přenosu nákazy zcela eliminováno, je nezbytné abyste se na základě výsledků provedených laboratorních vyšetření podrobil preventivnímu očkování proti infekční žloutence typu B.

K řádnému provádění adekvátní hemodialyzační léčby je dále nezbytné vytvoření cévního přístupu, ze kterého bude vaše krev odváděna do mimotělního oběhu a kam bude po očištění ve filtru zpět vracena. Tento cévní přístup spočívá ve vytvoření spojky na Vaší horní končetině mezi tepnou a žílou nebo ve vytvoření spojky za použití umělé cévy a bude Vám vytvořen na chirurgickém pracovišti. Jen ve výjimečných případech lze jako trvalý cévní přístup použít umělohmotný tunelizovaný katetr zavedený trvale do Vašeho žilního systému.

### **KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ S PŘÍPRAVOU NA HEMODIALYZAČNÍ LÉČBU**

Vzhledem k tomu, že stav spojený s dlouhodobou poruchou funkce ledvin nepříznivě ovlivňuje stav imunitního systému je možné, že i přes provedené očkování podle standardních schémat nedojde k vytvoření obranných protilátek proti onemocnění infekční žloutenkou typu B.

Dále, jelikož dosud není k dispozici očkovací látka proti infekční žloutence typu C, se očkování proti tomuto typu infekční žloutenky neprovádí a jediným preventivním opatřením je dodržování hygienického režimu daného provozním řádem pracoviště a dodržováním pokynů ošetřujícího personálu.

Úspěšnost vytvoření kvalitní cévní spojky závisí na řadě faktorů a může dojít k situaci, že bude třeba chirurgický výkon provést opakovaně nebo na již vytvořené cévní spojnici provést další vyšetření a ošetření, které umožní jeho následné používání k Vaší hemodialyzační léčbě. O charakteru výkonu, jeho provedení a případných komplikacích budete informováni na příslušném pracovišti, které bude výkon provádět.

### **ALTERNATIVNÍ LÉČBA**

Kromě hemodialýzy lze nahradit funkci ledvin peritoneální dialýzou (prováděnou ručně nebo s pomocí přístroje, tzv. cycleru) a transplantací ledviny. Všechny metody náhradní léčby selhání

ledvinných funkcí mají ale své výhody a nevýhody, se kterými Vás blíže seznámíme.. Nicméně rozhodování o volbě metody musí respektovat určité medicínské a psychosociální aspekty a musí být proto pro každého pacienta individuální. Ne všechny tyto metody mohou být z hlediska Vašeho konkrétního zdravotního stavu a ostatních okolností vhodné či mohou být s ohledem na neúměrnost rizik dané konkrétní metody pro Vaši osobu kontraindikované.

## **SOUHLAS S PROVEDENÍM HEMODIALYZAČNÍ LÉČBY A S PŘÍPRAVOU NA TUTO LÉČBU:**

**Po té, co jsem byl ošetřujícím lékařem seznámen s obsahem poučení včetně seznámením s riziky i možnými komplikacemi, souhlasím s provedením hemodialyzační léčby a zařazením do pravidelného hemodialyzačního programu, s očkováním proti infekční žlutence typu B na základě provedených laboratorních vyšetření a s vytvořením cévního přístupu pro hemodialyzační léčbu, zároveň s uvedením mého jména na rozpisu směn pro hemodialýzu, který je vyvěšen v předšálí hemodial. střediska**

**Poučení jsem rozuměl a nemám dalších otázek.**

**Prohlašuji, že jsem ošetřujícímu lékaři sdělil všechny skutečnosti, týkající se mého zdravotního stavu a nezamlčel jsem závažné skutečnosti, které by mohly ovlivnit výsledek vyšetření a dialyzační léčby i přípravných opatření. Dále prohlašuji, že se budu řídit pokyny a dodržovat režim, který mně byl či bude během pravidelné dialyzační léčby doporučen ošetřujícím lékařem.**

**Dále prohlašuji, že jsem byl poučen o skutečnosti, že bezprostředně po provedeném dialyzačním výkonu nesmím sám řídit motorové vozidlo.**

**Potvrzuji, že mi vše bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše řádně rozvážit a měl/a jsem možnost zeptat se na vše, co považuji za podstatné. Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem, s charakterem onemocnění a s předpokládanou léčbou. Dále jsem byl/a poučen/a o možných rizicích či komplikacích v průběhu léčby, jakož i o hlavních možných rizicích a komplikacích v následném období. Rovněž jsem byl/a seznámen/a s jinými možnými postupy léčení včetně předpokládaných výsledků.**

**Po uvedeném poučení prohlašuji, že s léčebným postupem ve výše uvedeném rozsahu souhlasím a zároveň dávám souhlas, aby lékař provádějící výkon postupoval v mém nejlepším zájmu, a pokud bude nezbytné ze závažných medicínských důvodů a nebude možno z důvodu naléhavosti**

**vyžádat můj souhlas, aby provedl i jiný nezbytný výkon, popř. předpokládaný výkon ve větším rozsahu.**

**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.