

**Záznam o písemném souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce s  
poskytnutím zdravotního výkonu –  
zavedení peritoneálního 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 vyžaduje náhradu jejich funkce. Jako metodu náhrady funkce jste si zvolil(a) peritoneální dialýzu. K zajištění této léčebné metody je třeba, abyste měl(a) vytvořený přístup do břišní dutiny. Tento přístup Vám zajistí založení peritoneálního dialyzačního katétru.

Tuto metodu nelze jako náhradu funkce použít, pokud máte velkou břišní kýlu, jste po komplikovaných operačních výkonech v dutině břišní nebo trpíte chronickým střevním zánětlivým onemocněním.

Zavedení peritoneálního dialyzačního katétru se provádí za hospitalizace po krátké přípravě, v celkové anestézii a pod optickou kontrolou laparoskopu. Den před výkonem budete přijat(a) na interní oddělení nemocnice a pro vysoké riziko infekce v pooperačním období budete umístěn(a) na samostatném pokoji. Bude Vám oholeno ochlupení na podbřišku a do žíly na předloktí zavedena kanyla k podávání léků a infuzí. Absolvujete základní předoperační vyšetření, pokud si je již nepřinesete s sebou (EKG, snímek plic, základní odběry). V období krátce před a několik dní po výkonu budete léčen(a) antibiotiky.

V den výkonu ráno budete nalačno, dle pokynů anesteziologa dostanete léky určené k premedikaci před oper. výkonem.

Peritoneální katétr do dutiny břišní Vám bude zaveden v celkové anestézii, pod kontrolou laparoskopu, pomocí nástrojů v originálním k tomu vyrobeném zaváděcím setu.

Katétr bude do dutiny břišní zaveden z malého vpichu v podbřišku, jeho část bude protažena tunelem vytvořeným v podkoží podbřišku a ve vhodném po dohodě s Vámi zvoleném místě bude vyveden z kůže. Po zavedení není katétr fixován ke kůži jinak než textilními náplastmi, proto je nutno několik týdnů maximálně šetřit břišní stěnu, aby nedošlo k pohybu katétru. Je nutno se vyhnout kašli, napínání břišních svalů při posazování, tlaku na stolicí.

V průběhu katétru jsou dvě dakronové manžety, které se po třech týdnech při hojí a zajistí dlouhodobě fixaci katétru a prevenci před vstupem infekce. Do té doby trvá velké riziko posunu katétru a vstupu infekce. Katétru po tuto dobu nebude používán k dialýze, bude pod dozorem personálu proplachován, místo zavedení ošetřováno. Při nekomplikovaném průběhu bude léčba antibiotiky po týdnu ukončena a vy budete propuštěn(a) do domácího léčení.

Samotné zavedení katétru je poměrně bezpečný výkon s malým rizikem komplikací většinou chirurgického rázu (krvácení). Všechny tyto komplikace lze na sále ihned řešit.

Po zavedení katétru může místo zavedení i vyústění krvácet a v okolí vpichu nebo v průběhu podkožního tunelu se může vytvořit hematoma(modřina). Kolem katétru může vytékat dialyzační roztok, který se používá k proplachům katétru. Vzácně 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 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 katétre se lze sprchovat, na tuto dobu je třeba jej krýt neprodyšně.

S katétre nelze po zavedení nešetrně manipulovat, tahat za něj, vystavovat jej teplu, chemikáliím, ostrým nástrojům, mohlo by dojít k jeho mechanickému poškození.

Po třech týdnech je katétru bezpečně přihojen a lze jej začít po předchozí edukaci používat. Edukaci zajistí lékař a sestra speciálně určená pro peritoneální dialýzu.

Správná péče o zavedený katétru zamezí většině komplikací a umožní Vám dlouhodobě kvalitní přístup k provádění peritoneální dialýzy s minimem možných komplikací.

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

Pokud byste nesouhlasil(a) se zavedením peritoneálního dialyzačního katétru, nelze Vámi zvolenou metodu náhrady funkce ledvin provádět a musíte zvolit z ostatních možností - hemodialýzu nebo transplantaci ledviny.

### **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, nebo 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.

