



FN MOTOL

Razítko pracoviště

**Informovaný souhlas zákonného zástupce
s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů) osobě jím
zastupované**

Příjmení: Jméno: RČ pacienta:
--

1. Název zdravotního výkonu:

- zavedení katétru do centrální žíly

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

-

3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:

Vzhledem k současnému zdravotnímu stavu osoby Vámi zastupované je zapotřebí zavést této osobě katétru (kanylu) do velké cévy (podklíčková, stehenní, hrdelní). Kanyla ve velké cévě umožňuje snadné a bezbolestné krevní odběry nezbytné pro sledování zdravotního stavu, podávání výživy, tekutin a léčiv přímo do žíly, provedení hemodialýzy (očistění krve), atd. Zavedení kanyly je prováděno v místním znecitlivění a není bolestivější než běžná injekce do žíly na periferii končetin, např. na předloktí.

Popis výkonu:

Po oholení kůže je místo pro zavedení katétru dezinfikováno a místně znecitlivěno. Punkční jehlou je do žíly zaveden zavaděč a po něm vlastní žilní katétru. Zavaděč je odstraněn, katétru je přichycen ke kůži 2-4 stehy a překryt sterilní fólií nebo jiným obvazem s označením doby zavedení. Uložení katétru je zkontrolováno rentgenologickým vyšetřením. Místo zavedení žilního katétru je denně kontrolováno.

4. Rizika zdravotního výkonu:

Zavedení katétru do centrální žíly může být provázáno zejména následujícími riziky:

- alergická reakce - na místní znecitlivění, na krycí materiál, na kontrastní látku,
- poranění katetrizované žíly nebo blízko uložené tepny s krvácením nebo ucpáním těchto cév, možnost zatečení krve do pohrudniční dutiny
- uplávání zavaděče nebo žilního katétru či jeho části krevním proudem do krevního řečiště,
- infekce měkkých tkání v okolí i vlastního katétru, zvláště při dlouhodobém zavedení,
- při katetrizaci hrdelních nebo podklíčkových žil možnost srdečních arytmií

- vznik kožní jizvy v místě vstupu žilního katétru

5. Alternativy zdravotního výkonu:

Zavedení kanyly do periferní žíly. Toto řešení je ale pro dlouhodobé podávání léčiv, dostatečné výživy a odběry krve nedostatečné a pro některé úkony nevhodné (hemodialýza).

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Zavedený katétr do centrální žíly je vhodný pro pacienta v závažném zdravotním stavu, vyžadujícím hospitalizaci.

Předpokládaná doba hospitalizace:

- v souvislosti s tímto výkonem není nutná

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- souvisí se základním onemocněním, nikoli se zavedením katétru

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- vysvětlí ošetřující personál zdravotnického pracoviště

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- v souvislosti se zavedením katétru nejsou žádné

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

Pravidelné kontroly okolí místa vpichu a místa implantace portu (je-li součástí výkonu), při zarudnutí a bolesti kontrola u lékaře ihned. Výměna katétru podle ordinace lékaře.

8. Poučení zákonného zástupce a pacienta a zjištění názoru pacienta:

Zákonný zástupce má právo svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb osobě jím zastupované, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Vždy je však třeba zjistit názor nezletilého pacienta, který je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se, a názor pacienta s omezenou svéprávností.

(*zakroužkujte jednu z možností a-c)

a) Nezletilý pacient je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se a s navrhovaným zdravotním výkonem souhlasí (pacient s omezenou svéprávností s navrhovaným zdravotním výkonem souhlasí).

b) Nezletilý pacient je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se, ale s navrhovaným zdravotním výkonem nesouhlasí, a to z následujících důvodů (pacient s omezenou svéprávností s navrhovaným zdravotním výkonem nesouhlasí):

.....
.....
c) Názor pacienta nemohl být zjištěn z následujících důvodů:
.....

9. Záznam o poučení zákonného zástupce a pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek

Lékař prohlašuje, že poskytl zákonnému zástupci a pacientovi podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

10. Odpovědi na doplňující otázky zákonného zástupce a pacienta:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného zákonného zástupce a pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o zdravotním stavu pacienta a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Zákonný zástupce a pacient byli seznámeni s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas zákonného zástupce:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované (viz výše), případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi.

Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

.....
.....

V Praze, dne.....

.....
Podpis zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Odmítá-li se zákonný zástupce podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen odmítnutí:

Jméno a příjmení svědka:

Důvody nepodepsání souhlasu:

V Praze, dne

.....
Podpis svědka