



INFORMOVANÝ SOUHLAS S HEMODIALYZAČNÍ LÉČBOU

Jméno, příjmení:

RČ:

Vážená paní, vážený pane,

na základě pečlivého zvážení Vašeho zdravotního stavu Vám byla doporučena hemodialyzační léčba (hemodialýza). Tato léčba spočívá v napojení na speciální přístroj, tzv. umělou ledvinu, pomocí mimotělního krevního oběhu. V umělé ledvině je Vaše krev očišťována ve speciálním filtru od toxických odpadních látek a přebytečné vody a po očištění se vrací zpět 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.

Alternativní metodou hemodialýzy a hemodiafiltrace je peritoneální dialýza. Při peritoneální dialýze dochází k očišťování krve ve výstelce břišní dutiny (pobřišnice, peritoneum) pomocí čistícího roztoku (dialyzátu). Tento roztok se napouští do dutiny břišní a vypouští z dutiny břišní pomocí katétru, který je dlouhodobě zaveden přes břišní stěnu.

Mimotělní krevní oběh je složen z dialyzačních jehel nebo cévního katétru, systému mimotělního krevního oběhu a vlastního filtru (dialyzátoru). V případě, že máte vytvořen cévní zkrat, je napojení provedeno pomocí speciálních jehel, které Vám sestra zavede do tohoto cévního zkratu. Pokud není cévní zkrat vytvořen, je napojení provedeno pomocí katétru, který Vám zavede lékař do Vašeho centrálního žilního systému. Napojení pacienta na přístroj vyžaduje obvykle použití léků zabráňujících srážení krve.

Dobu trvání a frekvenci hemodialýzy určí ošetřující lékař na základě Vašeho celkového zdravotního stavu a laboratorních vyšetření. Obvykle jsou pacienti zařazeni do pravidelné dialyzační léčby 2 - 3 krát týdně v době trvání 4 až 5 hodin.

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

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

kolísání krevního tlaku, 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, prasknutí cévního zkratu nebo jeho uzávěr a infekční komplikace.

Abychom předešli možnému výskytu těchto komplikací, je bezpodmínečně nutné dodržovat režim a pokyny, které Vám doporučil ošetřující lékař a sestra. V případě výskytu jakýchkoliv obtíží během dialyzační léčby okamžitě informujte ošetřující personál tak, aby bylo zahájeno co nejdříve účinné léčení případných komplikací.

Já, níže podepsaný/á, potvrzuji, že jsem byl/a pro mě srozumitelnou formou seznámen/a se svým zdravotním stavem, charakterem onemocnění a předpokládanou léčbou. Bylo mi umožněno vše řádně rozvážit a měl/a jsem možnost zeptat se na vše, co považuji za podstatné. Dále jsem byl/a poučen/a o možných rizicích a komplikacích v průběhu léčby a v následném období. Rovněž jsem byl/a seznámen/a s jinými možnými postupy léčení včetně předpokládaných výsledků.

Jsem si vědom/a, že každý zdravotnický postup má své výhody, ale i rizika a komplikace a souhlasím s provedením hemodialyzační léčby a zařazením do pravidelného hemodialyzačního programu, s očkováním proti infekční žloutence typu B na základě provedených laboratorních vyšetření a s vytvořením cévního přístupu pro hemodialyzační léčbu.

Poučení jsem rozuměl a nemám dalších otázek.

Prohlašuji, že jsem ošetřujícímu lékaři sdělil všechny skutečnosti týkající se mého zdravotního stavu a nezamlčel nic, co by mohlo ovlivnit výsledek vyšetření a dialyzační léčby. Prohlašuji, že se budu řídit pokyny a dodržovat režim, který mi byl či bude během dialyzační léčby doporučen ošetřujícím personálem.

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

Po uvedeném poučení prohlašuji, že s léčebným postupem ve výše uvedeném rozsahu souhlasím. Současně žádám, aby ošetřující personál provádějící výkon postupoval v mém nejlepším zájmu a v případě výskytu neočekávaných komplikací byly provedeny veškeré další neodkladné výkony nutné k záchraně mého života a zdraví.

V Náchodě dne

.....
Vlastnoruční podpis pacienta

Podpis lékaře, který poučení provedl

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat nebo zákonného zástupce:

.....
Podpis svědka

.....
Podpis zákonného zástupce