



## INFORMOVANÝ SOUHLAS k pravidelné hemodialyzační léčbě

Pacient:

RČ

Poj.:

Č. chor.:

### A - Účel, důvod zákroku (vyšetření)

Cílem hemodialýzy je odstraňovat z těla toxické konečné produkty dusíkatého metabolismu a přebytečnou vodu. Jestliže díky vleklému chronickému onemocnění poklesne funkce ledvin přibližně na 15 % normálu a méně.

### B - Pacientův stav vyžaduje následující zákrok (vyšetření)

### C - Rizika zákroku (vyšetření)

*(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření))*

- Komplikace během hemodialýzy:
- pokles krevního tlaku pacienta, křeče v dolních končetinách, zvýšená únava nebo bolesti hlavy po výkonu při rychlém odstraňování přebytečné vody a soli z těla
- zvýšení krevního tlaku u pacienta léčeného pro arteriální hypertenzi, poté co byla část užitého léku odstraněna z krevního oběhu vlivem hemodialýzy
- posun jehly v cévním dialyzačním přístupu nebo prasknutí při neopatrném pohybu, hematom
- zúžení, uzávěr nebo infekce dialyzačního cévního přístupu
- srážení krve v celém mimotělním oběhu při nedostatečné heparinizaci
- zvýšení rizika krvácivých komplikací
- svědivka (pruritus)
- hyperhydratace (převodnění)
- riziko přenosu infekce, sepse (infekce krve)
- poruchy vědomí
- hypotermie (pokles tělesné teploty), hypertermie (zvýšení tělesné teploty)
- poruchy srdečního rytmu při rychlých změnách minerálů v krvi
- vzácně infekční žloutenka typu B nebo C
- velmi vzácně alergická reakce na spotřební materiál použitý při výkonu
- např. chronický zánět jater vzniklý jako komplikace infekční žloutenky B nebo C (může onemocnět pacient, který byl řádně preventivně očkován a přeočkován proti infekční žloutence B, ale nevytvořil si dostatečnou hladinu protilátek (proti infekční žloutence typu C preventivní očkování neexistuje)
- zúžení nebo uzávěr velkých žil hrudníku ústících do horní duté žíly jako následek komplikací předchozího používání dialyzačních katétrů
- kardiovaskulární komplikace
- kostní a kloubní komplikace
- nervové komplikace (polyneuropatie, ...)
- 

### D - Jiné relevantní možnosti léčby a jejich rizika

- transplantace ledviny
- peritoneální (břišní) dialýza
- Volba správné metody musí být posuzována individuálně na základě podrobného zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta a s přihlédnutím k jeho životnímu stylu a psychosociálním možnostem. Střídání metod očišťování krve je ze zdravotních a osobních důvodů možné po adekvátní přípravě.
- 

### E - Další důležité informace ke snížení rizika komplikací (pokud ANO, označte, případně uveďte jaké)

### F - Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací

- Mějte na paměti, že v období mezi hemodialýzami probíhá Vaše léčba dále, a to:
- dietou, přiměřeným příjmem tekutin, pravidelným příjmem doporučených léků a vhodnou fyzickou aktivitou
- výsledky Vaší léčby můžete proto zásadním způsobem ovlivnit také Vy sami
- hemodialyzační katétr je nutno udržovat v čistotě a vyvarovat se jeho poškození tak, aby nedošlo k jeho namočení, zlomení, případně roztržení
- udržovat v čistotě cévní spojku na končetině a vyhýbat se možnosti úrazu
- v případě problémů souvisejících s hemodialyzační léčbou kontaktujte Dialyzační středisko nebo Interní příjmovou ambulanci
- včasné informování zdravotního personálu o Vašich případných potížích zabrání rozvoji možných komplikací

### G - Pacientův informovaný souhlas

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, které jsou s tímto zákrokem spojeny a s riziky, které jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky zákroku
- že jsem srozuměn s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj zdravotní stav zhoršit
- že jsem měl(a) možnost přečíst si informační leták o účelu, povaze zákroku, jeho důsledcích, rizicích a alternativách.
- že jsem srozuměn s tím, že zákrok může provést i někdo jiný než můj ošetřující lékař

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum: 11.12.2013

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce:

---

#### **H - Prohlášení lékaře**

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Jméno lékaře:

Datum: 11.12.2013

\_\_\_\_\_  
*podpis lékaře*