

Pracoviště (klinika, oddělení):

Pacient:

Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození*, číslo pojištění, kód zdravotní pojišťovny

Dnešního dne jsem byl/a lékařem **poučen/a o povaze svého onemocnění** a o prognóze dalšího vývoje mého zdravotního stavu:

Dg.:

Zároveň jsem byl/a **poučen/a o povaze zdravotního výkonu**, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

PŘEDOPERAČNÍ AUTOLOGNÍ ODBĚR (autotransfuze)

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Darování vlastní krve k plánovanému operačnímu výkonu v zařízení transfuzní služby FNB.

Vhodné u operačních výkonů s předpokládanou větší krevní ztrátou u

- operace srdce a velkých cév
- náhrad kyčelních a kolenních kloubů
- operace páteře
- prostatektomie
- resekce jater
- hysterektomie

Zejména je vhodné u pacientů

- s výskytem antierytrocytárních protilátek
- jako prevence imunizace u osob se vzácným fenotypem
- s opakovanými těžkými potransfuzními reakcemi v anamnéze
- s výskytem anti-IgA protilátek
- kteří odmítají cizí krev

Byl/a jsem poučen/a, že jako **alternativa** místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Transfuze dárcovské krve

Předpokládané **následky a rizika** tohoto zdravotního výkonu:

- komplikace z rychlého poklesu krevního objemu, až kolaps
- poškození odběrové žíly
- možnost vzniku anémie
- přechodná slabost a únava
- snížení zásob železa v organismu,

Předpokládaný **prospěch** tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

- nulové riziko přenosu infekčních chorob
- nulové riziko tvorby antierytrocytárních protilátek.
- snížené riziko vzniku potransfuzní reakce
- stimulace krvetvorby opakovanými odběry
- snížení rizika trombofilie
- pozitivní vliv na psychiku pacienta, kdy se sám podílí na léčbě
- snížení požadavků na dárcovské odběry

Zdravotní výkon bude **probíhat** takto:

- pacient se k odběru autotransfuze objedná telefonicky 26608 2403 nebo osobně v hematologické ambulanci (pavilon 8)
- pacient musí mít zajištěn doprovod nebo odvoz
- pacient s sebou přinese lékařskou zprávu o předoperačním vyšetření + laboratorní výsledky krevního obrazu, anti-HIV-1 + anti-HIV-2, HIV Ag p24; HBsAg; anti-HCV; protilátky proti původci syfilis
- sestra pacienta zváží a změří mu teplotu, krevní tlak a puls, zkontroluje stav periferních žil

* datum narození se vypisuje u cizinců, kterým nebylo přiděleno rodné číslo

- lékař zhodnotí výsledky a provede základní vyšetření k vyloučení možné akutní infekce (dutina ústní, poslech plic, dotaz na obtíže při močení).
- při vyhovujících nálezech vyšetření a je pacient propuštěn k odběru
- při odběru více jednotek krve je stanoven časový plán jednotlivých odběrů
- odběr probíhá v odběrovém křesle nebo na odběrovém lůžku. Do žíly se zavede sterilní odběrová jehla spojená s vakem. Množství odebírané krve se průběžně sleduje na automatické váze, která odebíranou krev promíchává s protisrážlivým činidlem. Při dosažení nastaveného množství odebrané krve se odběr zastaví.
- obvykle se odebírá 410 ml krve do vaku a cca 30ml krve do odběrových zkumavek na povinná laboratorní vyšetření (krevní skupina, testy na infekční choroby syfilis, hepatitidy, HIV).
- po odběru pacient zůstává cca 10-15 minut v odběrové místnosti, pak přechází cca na dvě hodiny do čekárny. Je doporučeno se dostatečně napít ev. najíst.
- veškeré obtíže po odběru nahlásí lékaři.

Souhlasím s

- 1) s klinickým vyšetřením před odběrem
- 2) s vyšetřením krve na přítomnost anti HIV protilátek (AIDS), hepatitid, syfilis
- 3) aby neupotřeбенá krev byla po uplynutí doby použitelnosti zlikvidována
- 4) v případě potřeby hrazení větších krevních ztrát dárcovskou krví

ale současně tyto **nevýhody**:

- množství odebrané krve je omezeno na max 3 jednotky. V případě větší krevní ztráty nutno pokračovat transfuzí dárcovské krve.
- při malé krevní ztrátě nemusí být autotransfuze aplikována
- autotransfuze není aplikována při pozitivitě infekčních markerů
- autotransfuze není aplikována při zjištění protilátek proti vlastním erytrocytům (AIHA)
- autotransfuze není aplikována při zjištění positivity kultivace z místa vpichu

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti**:

- je možná přechodná slabost, únava, kterým lze čelit dostatečným příjmem tekutin a klidovým režimem
- cca 4 hodiny po odběru nelze řídit motorové vozidlo
- nadále pokračovat v užívání preparátu železa

Možná **trvalá změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti** v důsledku zdravotního výkonu:

Není předpokládána

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše o zdravotním výkonu** a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Beru na vědomí, že předpokládaného následku a prospěchu uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl/a** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu**.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta/ky
nebo jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

.....
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uveďte se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

.....

Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

vlastnoruční podpis svědka: