

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:

Diagnóza (druh onemocnění):

Prognóza (vývoj onemocnění):

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

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Zavedení centrálního žilního katétru

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

zajistit přístup do žilního systému pro aplikaci léčiv, měření centrálního žilního tlaku

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

nejsou předpokládány

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Zajištěný vstup do žilního systému, odstranění rizika zánětu žil podávanými léčivy, zjištění funkčnosti a stavu kardiovaskulárního aparátu měřením centrálního žilního tlaku.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Vlastní postup při zákroku: výkon se provádí vleže s eventuelním podložením zad mezi lopatkami a snížením polohy horní části trupu a hlavy, zvýšením polohy dolních končetin. Vlastní katetr se zavádí vpichem přes kůži do žíly, a to buď do podklíčkové žíly, do vnitřní hrdelní žíly na boční straně krku nebo do stehenní žíly, katetr se fixuje ke kůži několika stehy. Místo vpichu a bezprostřední okolí se místně znecitlivuje a dezinfikuje. Poloha katetru se ověřuje pod rentgenovou kontrolou.

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

v některých případech zavedení kanyly do končetinových žil, nebo v některých případech chirurgické zpřístupnění žíly na končetinách – tzv. fleboklýza.

Vzal/a jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:**

- 1/ možnost aplikace i těch druhů léků, jež nelze podat do končetinové žíly
- 2/ měření centrálního žilního tlaku
- 3/ možnost krevních odběrů cestou centrálního žilního katetru
- 4/ oproti fleboklýze není třeba kožního řezu s obnažením žíly a nedochází k zániku (tj. zničení) kanylované žíly

ale současně tyto **nevýhody:**

nutnost zavádění cizího materiálu do velkých žil s rizikem vzniku různých komplikací – viz níže.

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

- 1/ napíchnutí tepny místo žíly s následným krvácením a eventuální nutností chirurgického ošetření
- 2/ poškození žíly s možným krvácením nebo trombózou (tj. ucpání žíly krevní sraženinou). Stav si může vyžádat i chirurgické ošetření poškozené žíly.
- 3/ vniknutí vzduchu do žilního systému s možným rizikem vzduchové plicní embolie
- 4/ vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny s následným zkolabováním plic (tzv. pneumothorax), stav si může

vyžádat chirurgické řešení – zavedení drenáže pohrudniční dutiny
5/ mechanické poškození žilního systému, pravé srdeční síně, trojčipé srdeční chlopně
6/ uplávání zavedeného materiálu ve směru žilního toku s nutností chirurgického vyjmutí
7/ během zavedení katetru mohou vzniknout rychlé poruchy srdečního rytmu, které si mohou vyžádat zrušení elektrickým výbojem.
8/ infekční komplikace
9/ poškození mízního systému

Byl/a jsem také poučen/a o **dalším léčebném režimu**, resp. **preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu, jakož i o nutnosti **kontrolních zdravotních výkonů**:

Výkon se provádí u hospitalizovaných pacientů. Při ponechání zavedeného katetru opakované převazy a ponechání sterilního krytí. Zhojení místa vpichu a stehů drobnými kožními jizvami.

Kontrola zavedení katetru pomocí rtg přístroje-

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

není předpokládáno

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

není předpokládáno, event. možno v návaznosti na výše uvedená rizika výkonu

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, uvede se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

.....
Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

vlastnoruční podpis svědka: