VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČO: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

CENTRIFUGAČNÍ VÝMĚNNÁ PLAZMAFERÉZA

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Centrifugační plazmaferéza je přístrojová očišťovací léčebná metoda, která odstraňuje z krve škodlivé látky (autoprotilátky), které vyvolávají Vaši nemoc. Snížení množství těchto škodlivých látek vede následně k ústupu klinických příznaků nemoci.

Plazmaferéza se provádí přístrojem - separátorem krevních buněk, který pracuje na principu centrifugace vysokými otáčkami. Během centrifugace jsou krevní plazma a krevní elementy (jednotlivé krvinky) odděleny, ty se vrací zpět do vašeho krevního oběhu a plazma, která je odstraněna, je nahrazena stejným množstvím „náhradního roztoku" (směs lidského albuminu a elektrolytového roztoku) nebo plazmou od dárce.

Výkon vyžaduje zavedení žilního katétru – nejčastěji do centrálního žilního katetru (do krční nebo stehenní žíly). U pacientů v pravidelném chronickém programu je nutné zajištění trvalého cévního přístupu – arteriovenózní píštěle (AVF) na horních končetinách.

Možná rizika nebo komplikace tohoto výkonu jsou spíše výjimečné:

- Alergická reakce projevující se svěděním, vyrážkou nebo jen zrudnutím, dušností.
- Poklesem krevního tlaku spojeného s nevolností, pocením nebo mdlobou.
- Krvácivé projevy: krvácení kolem katetru nebo cévního přístupu, z nosu, tvorbou modřin aj.

Při použití mražené plazmy dárců stoupá i riziko přenosu infekcí, zejména virových i navzdory pečlivému výběru dárců a jejich testování.

Pacient/ka může svůj souhlas kdykoliv odvolat a tím odmítnout provedení výkonu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou může být plazmaferéza membránová anebo podávání imunoglobulinu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Pacient po uložení na lůžko bude připojen k přístroji pomocí cévního přístupu. Z jedné cesty žilního katétru se bude odebírat krev do přístroje, kde se oddělí plazma a odteče do odpadního vaku a ke krevním buňkám se přidá náhradní roztok a vrátí se zpět druhou cestou katetru do krevního oběhu pacienta. Během výkonu se do přístroje aplikuje lék zabraňující srážení krve (nejčastěji roztok obsahující citrát - ACD), jehož dávka je individuální.

Výkon končí odpojením od přístroje a uzavřením obou cest katetru. Výkon trvá 2-4 hodiny a frekvence záleží na efektu léčby. Zpravidla probíhá každý druh den, nejčastěji v sérii 5-7 výkonů. U chronického programu (u diagnózy myastenia gravis anebo demyelinizačních chorob) je frekvence většinou 1x za 1-4 týdny.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Plazmaferéza se provádí během hospitalizace u akutních stavů anebo ambulantně u pacientů v chronickém programu.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

U pacientů je nutné dbát o zvýšenou hygienu všech cévních přístupů. U pacienta s katétrem dvojcestným je pravidelné sterilní ošetření dezinfekcí a sterilním krytím před a po výkonu. U pacientů s arteriovenózní píštělí (AVF) je napojení na přístroj 2 jehlami za sterilních podmínek a rovněž i jejich odstranění po výkonu a následuje dostatečné odmačkání vpichů rukou.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....	.....
podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka