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): **ODSTRANĚNÍ PERITONEÁLNÍHO KATÉTRU**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Peritoneální katétr slouží k výměně dialyzační tekutiny u pacientů léčených peritoneální dialýzou. Peritoneální katétr se odstraňuje pro infekci v okolí katétru, pro infekci podkožního tunelu nebo při zánětu pobřišnice, který nereaguje na antibiotickou léčbu, při ukončení léčby, nebo při nefunkčnosti katétru. Vynětí peritoneálního katétru indikuje lékař, výkon provádí chirurg v místním znecitlivění na chirurgickém sále. Výkon může být komplikován krvácením do břišní stěny nebo do dutiny peritoneální. Komplikace jsou řešeny chirurgem na chirurgickém sále obvykle v celkové anestezii.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Peritoneální katétr lze odstranit i v celkové anestézii v případě těžkého zánětu pobřišnice, kdy je nutná kontrola (revize) dutiny břišní.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Peritoneální katétr odstraňuje chirurg na sále. Po místním znecitlivění se uvolní manžety v podkoží a uvolní se katétr z podkožního tunelu a z dutiny peritoneální (břišní). Výkon může být komplikován krvácením z podkožního tunelu, nebo porušením celistvosti katétru. V případě komplikace je nutné katétr odstranit v celkové anestezii a vyřešit vzniklou komplikaci.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Výkon probíhá v místním znecitlivění, po výkonu je pacient do druhého dne ponechán na lůžku. Propuštěn je den po výkonu.	
Další potřebná léčba: Po výkonu pacient dodržuje týden klidový režim.	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á: **Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.** Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ……. podpis pacienta / zákonného zástupce ……. podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	 ……. jméno, příjmení a podpis lékaře
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: ……. jméno, příjmení a podpis svědka	