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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů):

APLIKACE NITROŽILNÍCH LÉKŮ INFUZOREM

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

Aplikace nitrožilních léků infuzorem se provádí ambulantním dávkovačem infuzních roztoků. Je to lehké přenosné zařízení s rezervoárem z pružného materiálu (elastomeru) určené k infuzní léčbě.

Je indikován u pacientů, kteří vyžadují pomalou a průběžnou (vícehodinovou či vícedenní) aplikaci léčiva nitrožilní cestou. Je vhodný pro ambulantní pacienty.

Zařízení je určeno na jedno použití a po použití ho odevzdejte na Onkologickou kliniku nebo do jiného zdravotnického zařízení. Zařízení nesmí být opakovaně plněno a znovu sterilizováno.

Infuzor musí být chráněn před přímým působením slunečního světla a musí být skladován při teplotě do 38°C. Průtoková rychlost je optimální, pokud je elastomerní zásobník umístěn ve stejné výši jako vzdálenější konec hadičky zásobníku s koncovkou. Je-li elastomerní zásobník umístěn níže než vzdálenější konec s koncovkou, průtoková rychlost se sníží, je-li elastomerní zásobník umístěn výše než spodní konec s koncovkou, průtoková rychlost se zvýší.

Nepoužívejte infuzor, pokud zjistíte že:

- balonek praskl, je v něm trhlina nebo je jinak poškozen,
- roztok s lékem odněkud prosakuje či kape,
- v hadičce se objevila prasklina nebo jiné poškození,
- uzávěr infuzoru se posunul nebo chybí úplně,
- plnící ventil s ochranným uzávěrem chybí nebo odpadl,
- tekutina z balonku neubývá,
- napíchnutá jehla se uvolnila, nedrží napevno,
- dochází k úniku tekutiny v místě vpichu.

V těchto případech kontaktujte okamžitě lékaře nebo zdravotnického pracovníka Onkologické kliniky.

Možná rizika:

V případě úniku léčebné látky do podkoží může dojít k poškození tkáně v místě vpichu, vzniku zánětu v místě vpichu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Aplikace infuze během hospitalizace.

Doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

Zlepšení kvality života pacienta, léčba probíhá v domácím prostředí.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Váš lék bude připraven v oddělení přípravy cytostatik. Veškerá příprava probíhá uvnitř izolátorů za sterilních podmínek. Tím je zajištěna mikrobiální nezávadnost infuze.

Infusor je navržen k zabezpečení stálého průtoku léčiva po celou dobu infuze. Aplikace infuze potrvá hodin, než se Váš infuzor vyprázdní. Lékař nebo zdravotnický personál Vám sdělí, jak dlouho Váš infuzor vydrží.

Balonek v nádržce pohání lék do hadičky, kterou se lék transportuje do Vaší žíly nebo žilního katétru (portu). Podávání dlouhodobé průběžné infuze vyžaduje spojení přenosného infuzoru a Vašeho žilního přístupu.

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

Bez omezení

Další potřebná léčba:

Jiná další léčba je podávána na základě ordinace lékaře, a to v rámci kombinované léčby nádorového onemocnění nebo jako léčba nežádoucích projevů nemoci nebo účinků některých léčiv.

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

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.