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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

APLIKACE NÍZKOMOLEKULÁRNÍHO HEPARINU - PODKOŽNÍ INJEKCE

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

Vzhledem ke zvýšenému riziku žilní trombózy (krevní sraženiny), plicní embolie či jiných těhotenských komplikací (spontánní potraty, opožděný vývoj plodu, preeklampsie, ...), je doporučena aplikace nízkomolekulárního heparinu. Při rozhodování se řídíme doporučeními České společnosti pro trombózu a hemostázu České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

Mezi možné nežádoucí účinky patří alergie (nejčastěji kožní vyrážka), krvácení (snadná tvorba modřin, ojediněle krev v moči, ve stolici, z nosu), vzácně (výskyt < 0,1%) heparinem vyvolaný pokles krevních destiček (ten se může projevit krvácením, krevní sraženinou v žíle, kožními projevy). V těchto případech je nutné vyhledat lékaře. Výskyt drobných modřin po aplikaci podkožní injekce je považován za normální.

Lék neprochází placentou, je tedy pro plod bezpečný a v potřebných případech vhodný k podávání i v těhotenství.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativní léčivo, které by bylo možno v těhotenství bezpečně podávat k snížení rizika trombotické komplikace v současné době není. Léčbu však můžete odmítnout. Nadále budete klinicky i laboratorně sledována lékařem v poradně Trombotického centra. Bude vám doporučen náhradní režim (kompresivní punčochy, cviky končetin, pitný režim).

Doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

Nízkomolekulární hepariny jsou v prevenci tromboembolických příhod, tedy žilní trombózy a plicní embolie účinnější než výše uvedená náhradní opatření. Pravidelné sledování bez podávání nízkomolekulárního heparinu pomůže tyto trombotické komplikace včas odhalit, nemůže však vzniku těchto komplikací zabránit.

Doporučený výkon má ale současně tyto nevýhody:

Aplikace nízkomolekulárního heparinu může výjimečně vést k výše uvedeným nežádoucím účinkům. Mírně bolestivá může být i injekční aplikace.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Nízkomolekulární heparin se aplikuje v podobě podkožních injekcí a to nejčastěji do podkoží břicha a boků, dále do podkoží stehen či paží. První aplikace bude provedena pod dozorem sestry, která vám způsob aplikace řádně vysvětlí. Injekci si budete aplikovat sama, v ranních hodinách, 1x denně.

Účinnost a bezpečnost léčiva je monitorována vyšetřením anti FXa efektu (odběr krve 4 hodiny po podkožní aplikaci nízkomolekulárního heparinu).

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

Podávání nízkomolekulárního heparinu nevyžaduje žádné omezení v obvyklém způsobu života.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ

Další potřebná léčba:
Žádná.

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