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 (popřípadě několika výkonů):

ZAVEDENÍ CENTRÁLNÍHO ŽILNÍHO KATETRU (PLASTOVÉ HADIČKY):

☐ **KRČNÍ ŽÍLA (VENA JUGULARIS)**
☐ **PODKLÍČKOVÁ ŽÍLA (VENA SUBCLAVIA)**
☐ **STEHENNÍ ŽÍLA (VENA FEMORALIS)**

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

Kanylace centrálního žílního katetru je prováděna pokud není možno zavést periferní žilní kanylu za účelem podávání léků a odběrů krevních vzorků. Dále může být potřebná pro podávání některých léků a/nebo výživy, které nelze aplikovat do periferní žilní kanyly, pro měření centrálního žilního tlaku a dalších hemodynamických parametrů nebo pro zavedení dočasné srdeční stimulace (při pomalé srdeční akci) či pro náhradu funkce ledvin.

Kanylace přináší riziko poranění plíce se vznikem pneumotoraxu (proniknutí vzduchu do hrudní dutiny). Dále při tomto výkonu hrozí krvácení, vzniklé poraněním tepny nebo žíly. Obě tyto komplikace, pneumothorax i krvácení mohou být za určitých podmínek závažné, nebo dokonce život ohrožující.

Existuje také riziko alergické reakce na kožní dezinfekci nebo místní znecitlivující látku. Z dlouhodobého hlediska hrozí případná infekce katetru nebo jeho okolí. Tato komplikace je řešena antibiotiky a/nebo odstraněním katetru.

- Další komplikace, jako např. vzduchová embolie, poranění mízního kmene nebo poranění nervu jsou velmi málo pravděpodobné.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Zavedení centrálního žilního systému ve spolupráci s radiologem pod navigaci rentgenového záření.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí vleže na lůžku. Před samotným výkonem provede lékař vyšetření žilního systému ultrazvukem a zvolí nejoptimálnější místo k napíchnutí žíly. Místo kanylace je dezinfikováno.

Tenkou jehlou lékař aplikuje místní znecitlivění. Poté pronikne silnější jehlou do žíly pod ultrazvukovou kontrolou a zavede touto jehlou vodící drát. Po drátu je zasunut žilní katetr nebo zavaděč pro další bezbolestné zavádění potřebných katetrů nebo elektrod. Za účelem prodloužení životnosti katetru může být katetr tzv. tunelizován (vyveden 3-5 cm pod kůží na jiné místo, než byla napíchnuta žíla). Katetr je upevněn fixačními křidélky nebo tzv. kotvičkou nebo výjimečně kožními stehy. Místo vpichu se překryje sterilním krytím.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Je třeba dbát o čistotu katetru a okolí a manipulovat s ním opatrně vzhledem k riziku vytažení.

Další potřebná léčba:

V některých případech se po zavedení katetru provádí kontrolní rentgenový snímek hrudníku k ověření správné polohy katetru a k vyloučení komplikací. Proto s výkonem se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnižší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek.

Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení.

Pokud je používána tzv. EKG navigace, kontrolní rentgen není nutný. O všem Vás bude informovat personál. Místo vpichu a stehy jsou pravidelně ošetřovány dezinfekcí a překryty sterilním krytím.

Katetr bude odstraněn, jakmile jeho použití nebude nezbytné.

Poznámka:

Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.

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:

V Praze dne

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

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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

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

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka