INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **CHRONICKÁ HEMODIALÝZA - PRAVIDELNÉ DIALYZAČNÍ LÉČENÍ**	

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

Pravidelné dialyzační léčení je přístrojová mimotělní očišťovací metoda krve používaná v léčbě chronického selhání ledvin a provádí se ambulantně v dialyzačních střediscích.

Často je také používán termín „zařazení pacienta do chronického dialyzačního programu".

Pravidelná dialýza zajistí částečnou náhradu ledvinných funkcí za nefungující vlastní ledviny, zbaví pacienta nahromaděných toxických látek i přebytečné vody, pokud se zmenšila tvorba moče anebo již pacient nemočí.

V případě, že pacient léčbu odkládá nebo ji odmítá, dostaví se celá řada obtíží, jako je slabost, únava, malátnost, nevolnost, zvracení, průjmy, nechutenství, úbytek hmotnosti, otoky, dechové obtíže, krvácivé projevy, bezvědomí až úmrtí. Je proto vhodné zahájit léčbu včas, aby se vyjmenované obtíže ještě neobjevily a pacient mohl podstoupit přípravu na chronické dialyzační léčení.

Výkon spočívá v napíchnutí speciálních jehel do vytvořeného cévního přístupu (arteriovenózní fistule - AVF), na speciální přístroj - „umělou ledvinu", který čerpá krev z krevního oběhu do dialyzátoru (kapiláry), kde se krev zbavuje odpadních látek a přebytečné vody. Poté se očištěná krev vrací zpět do krevního oběhu pacienta.

Výkon vyžaduje vytvoření cévního přístupu (arteriovenózní fistule - AVF) nebo zavedení katetru do centrálního řečiště (nejčastěji do žil na krku, tzv. permcath). Proto současně s informovaným souhlasem s pravidelným dialyzačním léčením musí být poskytnut i informovaný souhlas s provedením cévního přístupu (AVF) nebo se zavedením katetru do centrálního žilního řečiště. K výkonu je doporučeno očkování proti žloutence typu B.

Každá hemodialýza může být provázena nejrůznějšími komplikacemi, jejichž výskyt je málo častý: nízký krevní tlak, křeče, nevolnost, krvácivé projevy, alergická reakce, sražení krve ve filtru s následnou nevýznamnou ztrátou krve.

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

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jednou z alternativ je peritoneální dialýza, kterou si pacient provádí sám doma. Pacientovi je dlouhodobě zaveden speciální katetr do dutiny břišní a poté se pacient školí v technice provádění dialýzy. Výhodou bývá větší nezávislost na zdravotnickém zařízení.

Další metodou léčby chronického selhávání ledvin je transplantace ledviny od zemřelého nebo příbuzného dárce. V případě, že u pacienta je transplantace ze zdravotních důvodů proveditelná,

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

jsou pacientovi v průběhu dialyzační léčby provedena potřebná vyšetření dle požadavku transplantačního centra a poté je zařazen na čekací listinu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Než pacient zahájí chronické dialyzační léčení, je provedeno očkování proti žloutence typu B, zhotoven se trvalý cévní přístup (AVF) nebo je zaveden katetr do centrálního žilní.

Před samotným výkonem připraví sestra speciální přístroj („umělou ledvinu), vloží set mimotělního oběhu do přístroje a propláchne fyziologickým roztokem. Dále připraví dialyzační koncentrát pro přípravu dialyzačního roztoku. Zkontroluje těsnost krevní i dialyzační cesty a naprogramují se parametry dle potřeby pacienta. Pacient leží na lůžku nebo ve speciálním polohovacím křesle, během výkonu může jíst, pít, sledovat televizi, číst si, pracovat na počítači nebo spát.

Výkon je zahájen zavedením dvou jehel napojených na set do cévního zkratu, nebo napojení žilního katetru a poté přístroj začne odebírat krev. Během celé dialýzy je přítomna sestra, která kontroluje celkový stav pacienta a pravidelně měří krevní tlak a tep.

Výkon je ukončen odpojením od přístroje, odstraní se jehly z cévního zkratu a přes sterilní čtverec se tlakem prstů vpich odmačká a překryje sterilním krytím. V případě použití žilního katetru se katetr po odpojení od přístroje vyplní protisrážlivým roztokem a jeho koncovky se uzavřou speciálními uzávěry.

Výkon trvá 3-6 hodin a provádí se v různých intervalech 1-3x týdně.

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

Pacient musí dodržovat dietní opatření, zejména omezit příjem draslíku (ovoce, zelenina) a omezit příjem tekutin.

Pacient musí ve stanovenou dobu docházet na dialýzu a užívat doporučené léky. Pacienti v pracovním procesu mohou vykonávat jen práci bez fyzické námahy, v teplém prostředí a s možností dodržovat dietu.

Výkon může nepříznivě ovlivnit činnost vyžadující zvýšenou pozornost, motorickou koordinaci a rychlé rozhodování, proto se po výkonu nedoporučuje řídit motorová vozidla a obsluhovat stroje.

Podrobně vše je uvedeno v Průvodci dialyzační léčby anebo jeho otázky zodpoví ošetřující lékař.

Další potřebná léčba:

Při dlouhodobé dialyzační léčbě se mohou vyskytnout další komplikace, např. ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, ischemická choroba dolních končetin, postižení nervů, chudokrevnost, kostní nebo kloubní komplikace, bolesti páteře, krvácivé projevy, poruchy potence snížením libida u mužů, poruchy menstruačního cyklu u žen.

Jakékoliv akutní obtíže pacienta řeší ošetřující lékař odesláním pacienta na dialyzační středisko

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
anebo do zdravotnického zařízení.	
Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů: ☐ **ANO** ☐ **NE**	

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

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

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.