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 KATÉTRU (PLASTOVÉ HADIČKY) DO ŽILNÍHO SYSTÉMU HLUBOKOU PERIFERNÍ ŽÍLOU (MIDLINE)

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

Zavedení krátkého (7,5-15 cm) katétru cestou hluboké žíly na horní končetině do pažní nebo podklíčkové žíly se provádí za účelem zajištění přístupu do žilního řečiště. Tento výkon umožňuje zajistit podávání infuzních roztoků, antibiotik a jiných látek po dobu do 1 měsíce. Poté dle ordinace lékaře vám bude katetr, bude-li třeba pokračovat v léčbě, vyměněn za nový žilní vstup.

Jako každý invazivní výkon i zavedení katétru přináší rizika komplikací, která ale nejsou častá a většinou nejsou závažná. Nejčastěji připadá v úvahu neúspěšný pokus o nalezení žíly, kdy je nutné výkon opakovat z druhé strany či z jiného místa. Může se vyskytnout i bolestivost v místě zavedení katétru, která obvykle během několika dní odezní. Výjimečně může dojít k místnímu krvácení, poškození pažních nervů, alergické reakci na kožní dezinfekci nebo místně znecitlivující látku. Mezi pozdní komplikace řadíme trombózu, infekci a embolizaci.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Zavedení centrálního žilního katétru do vnitřní jugulární žíly (na krku) nebo podklíčkové žíly (pod klíční kostí) je výhodnější pro některé situace.

Zavedení katétru do stehenní žíly může být také alternativou, pokud nelze zavést katétr výše uvedenou cestou například z důvodů nepříznivé anatomie nebo při uzávěru krční a podklíčkové žíly krevní sraženinou.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí vleže nebo v polosedu na lůžku, na zákrokovém či operačním sále. Před samotným výkonem provede sestra nebo lékař vyšetření žilního systému ultrazvukem a zvolí nejoptimálnější místo k napíchnutí žíly. Výkon standardně provádí k tomuto účelu vyškolená sestra nebo lékař.

Poté Vám do podpaží bude umístěn turniket - páska, která horní končetinu zaškrtí tak, aby se žíly lépe naplnily krví. Místo zavedení, nejčastěji uprostřed paže, je dezinfikováno a poté lékař tenkou jehlou aplikuje místní znecitlivění. Po nastoupení účinku místního znecitlivění lékař pronikne silnější jehlou do žíly a zavede touto jehlou vodící drát. Po drátu je zasunut krátký dilatátor, který rozšíří místo zavedení pro žilní katétr a zavede vlastní katétr. Pro zavedení dilatátoru je nutný velmi malý řez na kůži (2-3 mm).

Katétr je upevněn v místě vpichu na kůži fixačními křidélky nebo tzv. kotvičkou a 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:

Zavedený katétr Vás neomezuje v pohybu ani v dodržování běžné hygieny (sprcha). Je třeba dbát o čistotu katétru a okolí a manipulovat s ním opatrně vzhledem k riziku vytažení.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Po zavedení katétru se rutinně neprovádí kontrolní rentgenový snímek hrudníku. Přesto může lékař rozhodnout o jeho provedení k ověření správné polohy katétru. Místo vpichu je pravidelně ošetřováno dezinfekcí a překryto sterilním krytím. Katétr bude odstraněn, jakmile jeho použití nebude nezbytné.

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