

Informovaný souhlas pacienta se zavedením centrálního žilního katetru

Pacient/ka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta/ky: (případně jiná adresa)	

Název výkonu**Kanylace = zavedení kanyly (katetru) do centrální žíly****Účel výkonu**

Získání kvalitního a dlouhodobějšího přístupu do žilního řečiště a pro aplikaci léků a infúzí, které často nelze podávat jiným způsobem, např. do žil na předloktí. Centrální kanylou lze rovněž provádět odběry krve na vyšetření bez nutnosti opakovaných vpichů na horní končetině. V případě zavedení speciální kanyly lze provést očištění krve (hemodialýzu) nebo sběr krevních buněk.

Povaha výkonu

Provádí se tzv. Seldingerovou technikou – v místním znecitlivění se napíchne nejčastěji podklíčková (v. subclavia) nebo vnitřní krční žíla (v. jugularis). Jehlou se do žíly zavede tenký drátěný vodič a po vodiči vlastní kanyla (katetr). Vnější konec kanyly se připevní ke kůži dvěma stehy. Vnitřní konec kanyly zasahuje do horní duté žíly. Poloha kanyly se po zavedení ověřuje rtg snímkem srdce a plic.

Předpokládaný prospěch výkonu

Pokud Váš ošetřující lékař indikuje zavedení centrálního katetru, je to vždy ve snaze poskytnout Vám účinnější nitrožilní léčbu. Centrálním katetrem můžete dostávat léky a infuze, které nelze podávat jiným způsobem (např. nitrožilní výživu), vícecestné centrální žilní katetry umožňují oddělené dávkování léků i měřit stupeň zavodnění organismu, což je nezbytné zejména v intenzivní péči.

Alternativa výkonu

Nitrožilní léky lze obvykle podávat do malé kanyly (flexily) na předloktí, ale ne všechny. Výběr je tedy omezený. U pacientů s velmi tenkými nebo „opotřebovanými“ žilami na předloktích je centrální žilní katetr často jedinou možností, jak podávat léky nitrožilně.

Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace vyplývají z invazivní povahy výkonu a ani erudovaný lékař jim nedokáže vždy zabránit, zejména u rizikových pacientů. K možným rizikům patří:

- 1) Krvácení z místa vpichu,
- 2) Poranění sousedící arterie,
- 3) krevní výron (hematom) na kůži nebo v hrudníku (hemotorax),
- 4) proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (pneumotorax),
- 5) u rizikových pacientů s opakovaně či dlouhodobě zavedenými katetry může vzniknout krevní sraženina (trombóza) v žíle s katetrem,
- 6) horečka a infekce katetru. Komplikace výkonu naštěstí nejsou časté a přínos z léčby centrálním katetrem vysoce převažuje uvedená rizika.

Následky výkonu

Při nekomplikovaném výkonu jsou minimální. V místě (vpichu) po zavedeném katetru může někdy zůstat drobná jizva velikosti přibližně 3-5mm, jejíž kosmetický význam je zanedbatelný.

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	☐ ANO	☐ NE
----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------	--------------------------

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	☐ ANO	☐ NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	☐ ANO	☐ NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	☐ ANO	☐ NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	☐ ANO	☐ NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	☐ ANO	☐ NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	☐ ANO	☐ NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	☐ ANO	☐ NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta/ky

Jméno, příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci

Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient/ka nemohl(a) podepsat:			
Jak pacient/ka projevil(a) svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

Vypracoval: MUDr. Ladislav Faltýnek, CSc. – zástupce přednosty pro LP
Přednosta: Prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc.