

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se zavedením centrálního žilního katétru

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

### Název výkonu

#### Zavedení katétru do centrální žíly

### Účel výkonu

Zavedením katétru do centrálního žilního řečiště je získán kvalitní a dlouhodobější přístup do krevního oběhu v oblasti velkých cév. Výkon je nezbytný pro dlouhodobou aplikaci léků, infúzí a výživy. Některé léky (např. chemoterapie) není možno podat do povrchových žil např. na předloktí. Centrálním žilním katétretem lze rovněž provádět odběry krve na vyšetření bez nutnosti opakovaných vpichů. V případě zavedení speciálního katétru lze provést očištění krve (hemodialýzu) nebo sběr krevních buněk.

### Povaha výkonu

Výkon se provádí v místním znecitlivění (u dětí v analgosedaci) tzv. Seldingerovou technikou. Nejčastější přístupová cesta je přes podklíčkovou žílu (v.subclavia) nebo přes vnitřní krční žílu (v.jugularis) popř. přes stehenní žílu (v. femoralis). Jehlou je do žíly zaveden tenký drátěný vodič a po vodiči vlastní katétr. Vnější konec katétru je většinou upevněn ke kůži dvěma stehy. Vnitřní konec katétru zasahuje do duté žíly. Po výkonu se provádí rentgenová kontrola polohy katétru.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Centrální žilní katétr umožňuje spolehlivý přístup do krevního oběhu, kterým lze aplikovat léky a infúze, které nelze podávat jiným způsobem (např. nitrožilní výživu). Použití vícecestných centrálních žilních katétrů umožňuje oddělené dávkování léků i měření stupně zavodnění organismu, což je nezbytné zejména v intenzivní péči.

### Alternativa výkonu

U pacientů s velmi tenkými žilami nebo poškozeným periferním žilním systémem je centrální žilní katétr často jedinou možností, jak podávat léky nitrožilně. Také některé typy léků či výživy lze podávat pouze touto cestou. V některých případech lze použít centrální žilní katétr PICC, který se zavádí přes periferní žilní systém, popř. lze vypreparovat žílu chirurgickou cestou.

### Následky výkonu

V místě vpichu po zavedeném katétru může někdy zůstat drobná jizva.

### Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace vyplývají z invazivní povahy výkonu a nejsou časté.

- 1) krvácení z místa vpichu (vzácněji déletrvající při některých onemocněních krve tvorby či poruchách srážlivosti),
- 2) alergická reakce na desinfekci či na znecitlivující látku,
- 3) chybná poloha katétru vyžadující opakování výkonu,
- 4) poranění sousedící arterie či podráždění nervů procházejících poblíž místa vpichu,
- 5) krevní výron (hematom) na kůži nebo v hrudníku (hemotorax),
- 6) proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (pneumotorax), proniknutí vzduchu do katétru
- 7) krevní sraženina (trombóza) v žíle s katétretem,
- 8) tzv. „katéetrová seps“ – systémová zánětová reakce organismu v důsledku infekce katétru.

**Souhlas:****Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici 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 lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem 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 nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

**Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**

--

**Jak pacient projevil svou vůli:**

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina