



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): AKUTNÍ HEMODIALÝZA - MIMOTĚLNÍ OČIŠŤOVÁNÍ KRVY (UMĚLÁ LEDVINA)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Akutní hemodialýza je mimotělní očišťovací metoda krve používaná v léčbě akutního selhání ledvin a je indikována ošetřujícím lékařem a prováděna vždy za hospitalizace pacienta na hemodialyzačním středisku nebo na lůžkách intenzivní péče. Výkon spočívá v napojení pacienta na speciální přístroj „umělou ledvinu“, který čerpá krev z dialyzačního katetru, který je zaveden do centrálního žilního řečiště do filtru přístroje, kde se krev zbavuje odpadních látek a přebytečné vody. Poté se očištěná krev vrací zpět přes dialyzační katetr do krevního oběhu pacienta. Výkon vyžaduje zavedení dialyzačního katetru do centrálního žilního řečiště. Proto současně s informovaným souhlasem s akutní hemodialýzou musí být poskytnut i informovaný souhlas se zavedením katetru do centrálního žilního řečiště. Výjimečně se předem zhotovuje cévní přístup (arteriovenózní fistule - AVF). Jako každý invazivní výkon i akutní hemodialýza může být provázena komplikacemi, které jsou málo časté: 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: Alternativní výkon plně nahrazující akutní hemodialýzu je kontinuální hemoelminační metoda prováděna nepřetržitě po dobu několika dní na lůžkách intenzivní péče. Další alternativou může být peritoneální dialýza, která se u akutního selhávání nedoporučuje.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Před samotným výkonem sestra připraví speciální přístroj („umělou ledvinu“), vloží set mimotělního oběhu do přístroje a propláchne fyziologickým roztokem. Dále připraví dialyzační koncentrát pro přípravu dialyzačního roztoku. Zkontroluje těsnost a naprogramují se parametry dle potřeby pacienta. Pacient leží na lůžku, dialyzační kanyla se připojí k setu a 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 s uzavěrem dialyzačního katetru. Výkon trvá 3-6 hodin, délka trvání je závislá na celkovém stavu pacienta a kontrolních laboratorních vyšetřeních.	
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 a pitný režim, který mu určí lékař a který je také závislý na	

**INFORMOVANÝ SOUHLAS****Jméno a příjmení:****r. č.:**

množství produkce moče. Pokud pacient přestane zcela močit, je tento režim zpřísněn (500-700 ml tekutin za den, omezení draslíku a fosforu). Dietní a pitný režim poté určuje nutriční terapeut.

Další potřebná léčba:

Ošetřování katetru, připojení nebo odpojení k přístroji se provádí za sterilních podmínek. Po uzavření obou koncovek katetru se přiloží sterilní krytí. Katetr nesmí být používán k jiným účelům (např. odběry krve, aplikace léků), než je dialýza.

Podle stavu pacienta kdykoliv lékař ordinuje léky.

V případě, že se funkce ledvin neobnoví, je nutné pokračování dialyzační léčby v pravidelných intervalech a pacient zařazen je do chronického dialyzačního programu.

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

verze číslo:

platnost od:

tisk: