

**INFORMOVANÝ SOUHLAS****Jméno a příjmení:** Zadejte celé jméno**r. č.:** Zadejte RČ

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):**ODSTRANĚNÍ TUNELIZOVANÉHO (PODKOŽNÍHO) HEMODIALYZAČNÍHO KATETRU (PLASTOVÉ HADIČKY) S MANŽETOU Z JUGULÁRNÍ (KRČNÍ), SUBKLAVIÁLNÍ (PODKLÍČKOVÉ) NEBO FEMORÁLNÍ (STEHENNÍ) ŽÍLY****Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**

Váš katetr s manžetou, který je přes podkoží zavedený do krční, podklíčkové nebo stehenní žíly, je určen k odstranění. Nejčastější důvody odstranění jsou:

- jiný funkční cévní přístup pro napojení na hemodialýzu (očišťování krve přístrojem),
- stávající katetr je nefunkční nebo špatně funkční,
- stávající katetr je zdrojem infekce / zánětu ve Vašem těle,
- stávající katetr již nepotřebujete, protože není potřeba nebo důvod pokračovat v hemodialyzační léčbě.

Tunelizovaný katetr s manžetou je vrostlý do podkoží a jeho odstranění je nutné provést malým operačním výkonem. Uvolnění katetru a jeho manžety se sebou přináší malé riziko krvácení z místa, kde byla uložena manžeta a ze žíly, ze které se katetr odstraňoval. Infekce v místě výkonu a komplikace hojení jsou velmi vzácné. Riziko alergické reakce na kožní dezinfekci nebo místní znecitlivění je stejné jako při jiných výkonech, kde se tyto látky používají.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jiné adekvátní možnosti k odstranění katetru nejsou. Ponechání katetru, který je určen pro vytažení znamená pro pacienta vždy velké riziko (zejména infekčních komplikací).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Během výkonu pacient leží. Místo nad průběhem katetru včetně výstupu katetru z podkoží jsou odezinfikovány a zarouškovány. Po aplikaci místně znecitlivující látky lékař po naříznutí kůže skalpelem uvolní manžetu a katetr ze žíly vytáhne. V některých případech je nutné stejným způsobem uvolnit katetr v místě vstupu do krční žíly.

Lékař nebo sestra po vytažení katetru tlakem na krku / v oblasti třísla zabrání úniku krve ze žíly a zastaví případné krvácení v místě výstupu katetru z podkoží. Rána po uvolnění manžety (a případně katetru na krku) je ošetřena několika stehy a sterilně kryta.

V určitých případech, kdy je manžeta uvolněna a není vrostlá do podkoží, lze katetr volně vytáhnout. Po odstranění katetru lékař či sestra opět tlakem na krku zabrání úniku krve ze žíly a zastaví případné krvácení v místě výstupu katetru z podkoží.

Rovněž je možné na závěr podpořit stlačení žíly a podkožního tunelu naložením zátěže s pískem.

Po výkonu je pacient pravidelně sledován sestrou, probíhají kontroly místa výkonu, podle potřeby krevního tlaku a tepové frekvence.

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

Je potřeba dbát o čistotu v místě výkonu, ponechat a pravidelně měnit krytí operační rány. Do zhojení není vhodné koupat se, za 2 - 3 dny se lze sprchovat.



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno

r. č.: Zadejte RČ

Další potřebná léčba:

Operační rána je pravidelně převazována. Za 7 - 10 dnů po výkonu proběhne odstranění stehů, pokud byla rána sešita.

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, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....
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: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka