

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S KANYLACÍ CENTRÁLNÍ ŽÍLY

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Vážená paní, vážený pane,

V předkládaném formuláři si přečtete informace o **KANYLACI CENTRÁLNÍ ŽÍLY**. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je kanylace centrální žíly:

Kanylace centrální žíly je zabezpečení žilního vstupu do velké cévy.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem kanylace centrální žíly je zajištění přístupu do velké žíly pro podávání léků, umělé výživy pacienta, k opakovaným odběrům krve, provedení hemodialýzy a dalších metod „očistění krve“, zavedení kardiostimulátoru, měření hemodynamiky.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před vyšetřením je vhodný odběr krve ke zjištění eventuální poruchy srážlivosti krve. Jinak není nutná žádná speciální příprava pacienta před zákrokem.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Pro zavedení katetru se využívá krční, podklíčková nebo stehenní žíla. Místo pro zavedení se povrchově dezinfikuje (v případě nutnosti se předtím odstraní chloupky). Za sterilních podmínek provádíme lokální znecitlivění anestetikem (obvykle mesocainem), poté provádíme punkci velké žíly kovovou speciální jehlou a zavádíme kovový vodič. Poté vytáhneme jehlu a po vodiči zavedeme pružnou kanylu, odstraníme kovový vodič a následně fixujeme kanylu 1–2 stehy ke kůži. Poté se sterilně překryje místo vpichu sterilní náplastí.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Absolutní bezrizikovitost prováděných výkonů nelze zaručit žádným lékařem. Riziky jsou:

- a) alergická reakce na dezinfekci nebo anestetikum (mesocain)
- b) krátkodobá bolestivost v místě vpichu nebo podráždění nervů procházejících poblíž místa vpichu
- c) vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny při poranění plíce
- d) infekce měkkých tkání v okolí katetru a infekce samotného katetru
- e) vzduchová embolie (vniknutí vzduchu do krevního řečiště) po rozpojení kanyly
- f) krvácivé komplikace při poranění velké tepny
- g) chybná poloha katetru vyžadující opakování výkonu
- h) vznik kožní jizvy po zahojení místa vstupu žilního katetru

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po výkonu je nutno nadále pečovat o místo vpichu kanyly pravidelnými převazy za sterilních podmínek, kanylu je možno ponechat na dobu nezbytně nutnou. Po výkonu je pacient částečně omezen v pohybu, pokud je na kanylu napojena infuze. Je ale možno zdravotní sestrou odborné odpojení infuze s odborným uzavřením kanyly.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Možnou alternativou je zavedení užšího katetru do periferního žilního vstupu na končetině. Touto cestou však nelze některé léky aplikovat z důvodu podráždění stěny periferní žíly, nelze provádět hemodialýzu, další metody „očistění krve“, zavedení kardiostimulátoru či měření hemodynamiky. Další alternativou je chirurgická preparace centrální žíly. Výhodou chirurgické preparace centrální žíly je zavedení kanyly za kontroly zraku, nevýhodou je velké porušení integrity kůže se všemi možnými komplikacemi hojení rány.

Odpovězte, prosím, na následující otázky:

*Máte alergii na jód, jódové preparáty?	ANO	NE
*Užíváte Warfarin nebo jiné léky ovlivňující krevní srážlivost?	ANO	NE

*odpověď zakroužkujte

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: