

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek  
pacienta

### Druh výkonu: CAPD

Informace pro pacienta/pacientku:

Vážená pacientko, paciente,

bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

#### Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

**CAPD – kontinuální ambulantní peritoneální dialýza, metoda očišťování krve v domácím prostředí pomocí roztoku v břišní dutině, probíhá denně, výměny roztoků si dělá nemocný sám 3 – 4 x denně**

#### Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

**Nemocný byl seznámen s principy metody, jejím zavedením, nutností pečlivého provádění, vyloučení rizika zanesení infekce do břišní dutiny. Hrozí peritonitida – zánět pobříšnice.**

#### Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

**Peritonitida, riziko stoupá s nedodržováním principů sterility a desinfekce. Nekvalitní léčba, lze řešit přechodem na klasickou metodu očišťování krve, dialýzu.**

**Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:**

**HD, HDF a všechny metody očišťování krve mimotělním oběhem. Transplantace ledviny od živého či mrtvého dárce – vše tvoří jeden komplexní program náhrady funkce ledvin.**

**Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu**

**Snahou zdravotníků a nemocných je co nejlepší stav a průceschopnost, omezení vyplývají z nutnosti věnovat se 3 – 4 x denně výměně roztoků, zachováním zásad sterility.**

**Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:**

Jsou nutné pravidelné kontroly lékařem, v ambulanci na hemodialyzačním středisku, minimálně 1 x měsíčně.

**Prohlašuji,**

- že jsem byl/a poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,

- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,

- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,

- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta/pacientky (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem/pacientkou:.....

Podpis lékaře:.....datum:.....