



Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Druh výkonu: Hemodialýza, hemofiltrace- metoda očišťování krve u nemocných se selháním ledvin

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:

Výkon hemodialýzy, hemodiafiltrace – metoda očišťování krve u nemocných se selháním ledvin.

Probíhá ve frekvenci, době a termínech určených lékařem na HDS Nemocnice Písek, a.s.

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Očištění krve a organismu od zplodin metabolismu a vody namísto vlastních ledvin.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Pokles tlaku, nestabilita oběhu, křeče, hypotenze, riziko krvácení ze vpichů či poranění.

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:

Alternativou jsou metody domácí dialýzy, přístrojové. A nebo domácí dialýzy peritoneální. Obě metody jsou určeny aktivním motivovaným nemocným, kteří se chtějí o sebe starat doma ve spolupráci se zdravotníky mimo HDS v Nemocnici Písek.

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

Léčba probíhá ve spolupráci nemocného a zdravotníků, omezuje nemocného časově, průběžnost je individuální, vstřícný přístup nemocného a rodiny žádoucí.

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

Režim a jeho dodržování je stěžejní, tedy frekvence a doba výkonů - ordinací lékaře. Součástí je i dodržování léčebného režimu dietního, omezování tekutin, užívání léků.

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:.....