

OBLASTNÍ NEMOCNICE Kladno, a.s.
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111



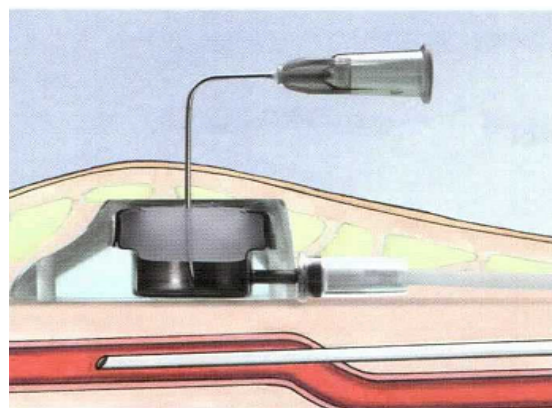
Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

ZAVEDENÍ PODKOŽNÍHO VENOSNÍHO PORTU informovaný souhlas

Štítek s údaji o pacientovi, jméno, příjmení a datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



➤ **Vážený paciente, vážená pacientko.**

Z důvodu usnadnění přístupu do žilního systému je u vás plánováno zavedení podkožního venosního portu. Port umožňuje snadné podávání nitrožilních léků, výživy nebo transfuzí a většinou i krevní náběry. Před samotným výkonem Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této léčebné metody a s jejími běžnými riziky a následky a s eventuelními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

➤ **Průběh zdravotního výkonu**

Výkon je ambulantní, bez nutnosti hospitalizace. Za sterilních podmínek v místním znečistlivění se provede kanylace-zavedení a zabezpečení žilního vstupu do velké cévy, většinou podklíčkové žíly.

Do žíly se pod kontrolou rentgenu zavede kanyla- tenká, speciálně uzpůsobená hadička. Pod místem vpichu se provede řez asi 3-4cm, vytvoří se prostor pro podkožní port a k němu se kanyla připojí. Poté se rána chirurgicky uzavře.

Alternativa: jiné zajištění přístupu do žíly např. na předloktí ruky nebo na jiném místě, zavedení centrální žilní kanyly. Podkožní venózní port rovnocennou možností (alternativu) v léčbě nemá.

Port umožňuje snadné krevní odběry, umožňuje podávání léků, výživy a transfuzí

➤ **Možná rizika a komplikace**

● **vyšetření je prováděno pod RTG kontrolou**, dávka záření je monitorována a zaznamenávána. Těhotenství je proto relativní kontraindikací (překážkou) výkonu. Na možné těhotenství je pacientka povinna upozornit před výkonem.

● **v místě punkce cévy** – krvácení do okolí (hematom), poškození nebo uzávěr cévy

● **v místě operační rány** – krvácení

● **pneumothorax** (tj. vniknutí vzduchu do plicní dutiny, což může vést k úplnému zkolabování jedné plíce a může vyžadovat zavedení drenu a až několikadenní odsávání vzduchu pumpou)

- **poranění nervů** – jen velmi vzácně
- **vznik krevní sraženiny v žíle**
- **přecitlivělost na znečistlivující nebo kontrastní látku**(pokud bude použita) nebo na **antibiotika**
- **infekce** je vzácná a je většinou důvodem k vyjmutí portu.

Uvedené komplikace nejsou úplným výčtem, vzácně může dojít k jiným komplikacím.

Bylo mi vysvětleno, že přínos uvedené léčby velmi významně převyšuje riziko případných komplikací.

➤ **Omezení v běžném způsobu života a v pracovním omezení**

- V den výkonu je zákaz řízení motorových vozidel
- Po určenou dobu po výkonu je třeba dodržet relativní klid a tělesné šetření – většinou poloklidový režim do extrakce stehů.
- Stav vyžaduje tělesné šetření po dobu 4-6 týdnů. V dalším období nebudete v běžných tělesných aktivitách omezen.

* K používání podkožního venosního portu obdržíte poučení ve formě brožury.

➤ **Otázky a odpovědi**

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k výkonu.

➤ **Souhlas s výkonem**

Já níže podepsaný pacient /zák. zástupce/, tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byl/a jsem informován/a o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/zák. zástupce pacienta:

.....

Datum a čas:.....

Prohlašuji, že jsem pacienta (zákonného zástupce) osobně informoval, poučil a podal náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient (zákonný zástupce) vyslovil svůj informovaný souhlas

Podpis a razítko lékaře/datum a čas:
