

## HEMODIALYZAČNÍ STŘEDISKO

Vedoucí lékař: MUDr. Petr Vorel

ST 1/2015

# Informovaný souhlas pacienta s peritoneální dialýzou

### Pacient:

Jméno a příjmení: ..... r.č. ....

### I. Informace o povaze onemocnění a důvod zahájení peritoneálně dialyzační léčby

Dle provedených vyšetření Vašeho zdravotního stavu bylo zjištěno, že funkce Vašich ledvin jsou vážně poškozeny a již nejsou a nebo po určitém období nebudou nadále schopny odstraňovat z Vašeho organismu hromadící se toxické odpadní látky a přebytečnou vodu. Tento stav ve svém konečném stadiu bude důvodem rozvoje obtíží jako slabost, únava, malátnost, nevolnost, zvracení, průjemy, nechutenství, úbytek hmotnosti, otoky, dechové obtíže, vysoký krevní tlak, krvácivé projevy a povede až k bezprostřednímu ohrožení na životě s následným úmrtím v kómatu.

**Z výše uvedených důvodů Vám doporučuje ošetřující lékař bez odkladů zahájení jedné z metod náhrady funkce ledvin. Ta je možná třemi způsoby: hemodialýzou, peritoneální dialýzou a po splnění určitých kritérií je možné případné zařazení do transplantčního programu.**

**T.č. je pro Vás po zvážení Vašeho aktuálního celkového stavu nejvhodnější léčba selhání ledvin peritoneální dialýzou.**

Aby byly vytvořeny základní podmínky pro Vaši úspěšnou peritoneálně dialyzační léčbu, doporučil Vám váš ošetřující lékař zároveň zahájení bezpodmínečně nutných přípravných opatření, které jsou nezbytné k řádnému, včasnému a bezpečnému zahájení Vaší peritoneální dialýzy.

### II. Informace o vlastním provádění léčby metodou peritoneální dialýzy

Předpokladem léčby peritoneální dialýzou je odborné zavedení speciálního katetru do dutiny břišní, který Vám bude zaveden lékařem, obvykle na chirurgickém pracovišti laparoskopickou metodou. O charakteru výkonu, jeho provedení a případných komplikacích budete informováni na příslušném pracovišti, které bude výkon provádět. Po zhojení zavedeného katetru budete vyškolen/na specializovanou zdravotní sestrou v provádění výměn speciálního peritoneálního roztoku v dutině břišní, tedy vypouštění a napouštění roztoku za takových podmínek, aby se zabránilo vstupu infekce do dutiny břišní a do podkoží kolem zavedeného katetru. Po řádném proškolení a zahájení dialyzační léčby si budete tuto léčbu peritoneální dialýzou podle instrukcí lékaře a školící zdravotní sestry provádět doma samostatně nebo s dopomocí jiné vyškolené osoby, obvykle 4-5krát denně. Na dialyzační středisko budete docházet pouze na kontroly, jejichž interval Vám určí lékař.

V případě, že Vám způsob tzv. ambulantní kontinuální peritoneální dialýzy nebude vyhovovat, nebo na základě provedených testů nebude tento způsob dostatečně účinný, je možno pokračovat u některých pacientů v domácí léčbě pomocí přístroje, který bude provádět výměny s vyšší frekvencí automaticky během nočního spánku za Vás. Pokud tato situace nastane, budete v obsluze přístroje řádně vyškolen/na a přístroj Vám bude zapůjčen domů. Současně je pak nutné dlouhodobě dodržovat specifická dietní a režimová opatření, které Vám ošetřující lékař upřesní, stejně jako je nutné pravidelné užívání lékařem doporučených léků.

### III. Komplikace léčby metodou peritoneální dialýzy

I při naprosto správném postupu může docházet ve výjimečných případech během vlastní léčby k možným komplikacím jako je: infekční zánět pobříšnice, infekce kolem zavedeného katetru, kýla, komplikace související se změnou polohy katetru v břišní dutině nebo jeho ucpaní, bolest břicha při napouštění břišní dutiny, ztráta funkce výstelky břišní dutiny a její jizvení.

Aby se účinně předešlo výskytu těchto komplikací, je bezpodmínečně nutné dodržovat režim, doporučení a pokyny které Vám doporučil váš ošetřující lékař či vyškolená zdravotní sestra.

V případě výskytu jakýchkoliv obtíží během domácí léčby okamžitě informujte ošetřující personál tak, aby bylo zahájeno co nejdříve účinné léčení případných komplikací.

## HEMODIALYZAČNÍ STŘEDISKO

Vedoucí lékař: MUDr. Petr Vorel

ST 1/2015

### IV: Alternativy léčby

Kromě peritoneální dialýzy lze nahradit funkci ledvin hemodialýzou nebo transplantací ledviny.

Hemodialýza je metoda náhrady funkce ledvin, kdy je krev očišťována od nahromaděných odpadních toxických látek a přebytečné vody pomocí mimotělního krevního oběhu a speciálního přístrojového vybavení (umělá ledvina, dialyzační monitor). Základní podmínkou pro účinné očišťování krve je dostatečný průtok krve částí mimotělního krevního oběhu zvaný dialyzátor, proto je nutné vytvoření dostatečného cévního přístupu v podobě vytvořeného cévního zkratu (shunt) nebo provedeno pomocí speciálního katetru /speciální umělohmotné hadičky/, který Vám zavede lékař do velké žíly na krku, hrudníku nebo v třísele.

Transplantace ledviny je metoda náhrady funkce ledvin, kdy je do těla operačně zavedena „cizí“ ledvina dárce /zemřelého či žijícího/ s následnou nutností dlouhodobého užívání léků na snížení imunitní odpovědi organismu proti přenesenému /transplantovanému/ orgánu.

Všechny metody náhradní léčby selhání ledvinných funkcí mají své konkrétní výhody a nevýhody. Rozhodování o volbě metody musí respektovat určité medicínské a psychosociální aspekty a ne všechny metody mohou být z hlediska Vašeho konkrétního zdravotního stavu a ostatních okolností vhodné či mohou být s ohledem na neúměrnost rizik dané konkrétní metody pro Vaši osobu kontraindikované.

### V. Souhlas pacienta se zahájením peritoneální dialýzy

Dávám souhlas se zahájením peritoneální dialýzy i po upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující dotazy (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením hemodialyzační léčby

### VI. Souhlas s podáváním léků, odběry krevních vzorků, prováděním specializovaných výkonů a vyšetření, nakládáním zdravotnické dokumentace a předáváním informací o zdravotním stavu

Dávám souhlas s aplikací lékařem určených léků nitrožilní injekcí, nitrožilní infuzí nebo podkožní či nitrosvalovou injekcí.

Dávám souhlas k tomu, aby v případě nutnosti mi byl odebrán (i opakovaně) biologický materiál (krev, moč atd.) k provedení potřebných vyšetření s tím, že budu předem informován/a o tom, pro jaké vyšetření se materiál odebírá. Dávám souhlas k tomu, aby mi v případě nutnosti byly provedeny zobrazovací vyšetření na rentgenologickém oddělení.

V případě, že bude nutné provést další specializovaný výkon či vyšetření, budu znovu poučen/a a informován/a v případech, kdy tak stanoví zákon či předpis poskytovatele zdravotnických služeb.

Dávám /nedávám souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížely do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

Dávám /nedávám souhlas s přítomností osob, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání při poskytování zdravotních služeb

Dávám /nedávám souhlas s pravidelným zasíláním dat do Registru dialyzovaných pacientů /národní registr dialyzovaných pacientů pro účely statistického sledování a vyhodnocování dialyzační léčby /

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu podle § 32 zákona o zdravotnických službách

- **Vzdávám /nevzdávám** se možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu.

## HEMODIALYZAČNÍ STŘEDISKO

Vedoucí lékař: MUDr. Petr Vorel

ST 1/2015

- V případě, že jsem se vzdal/a možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu, určuji, aby osobou, které má být podána informace o mém zdravotním stavu byl/a : .....

**Přeji si, aby osoba/y uvedené v tabulce byla/y informovány o mém zdravotním stavu a dále oprávněny:**

Jméno, příjmení datum narození vztah k pacientovi tel číslo	Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a jiných zápisů, vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisky nebo kopie těchto dokumentů a být informována/y o mém zdravotním stavu	Vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, pokud toho nebudu s ohledem na můj zdravotní stav schopen já, nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu.
..... ..... .....	Ano / Ne	Ano / Ne
..... ..... .....	Ano / Ne	Ano / Ne

**Vyslovuji zákaz s poskytováním informací o mém zdravotním stavu těmto osobám (a to včetně případných osob blízkých, pro případ nepříznivé změny mého zdravotního stavu)**

*Jméno, příjmení, vztah k pacientovi*

.....  
 .....

V Rakovníku, dne ..... v ..... hod

Podpis pacienta/y: .....

Případný podpis zákonného zástupce : .....

**HEMODIALYZAČNÍ STŘEDISKO**

Vedoucí lékař: MUDr. Petr Vorel

ST 1/2015

**Prohlášení lékaře**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném zahájení hemodialyzační léčby a to včetně upozornění na možné komplikace.

V Rakovníku, dne ..... v ..... hod

*Jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka pověřeného ve smyslu §15 Obch.z.*

*Lékař:*

*Druhý zdravotnický pracovník:*

.....