

## Poučenie a informovaný súhlas pred zavedením artériového (tepnového) katétra

/podľa § 6 a § 40 zákona č. 576/2004 Z.z./

Meno a priezvisko pacienta: .....

Rodné číslo: ..... kód poisťovne: .....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu\*: .....

### Účel, povaha a priebeh výkonu

Kanylácia tepnového systému so zavedením katétra je invazívny zdravotný výkon, ktorý slúži na zabezpečenie priebežného monitorovania krvného tlaku elektronicky (asi v 3 sekundových intervaloch) bez nafukovania manžety. Katéter zároveň slúži na odber vzoriek tepnovej krvi. Kanyláciu robí vždy lekár z Oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny a asistuje mu sestra. Po dezinfekcii okolia miesta vpichu v miestnom umrtnení lekár za sterilných podmienok zavádza pomocou špeciálnych nástrojov katéter do tepny na hornej končatine alebo v triesele.

### Indikácie

Kanylácia tepnového systému je indikovaná:

- pri nestabilite krvného obehu (kriticky chorí pacienti, veľké operácie, ...)
- pri opakovaných odberoch tepnovej krvi na vyšetrenie (kritické stavy, ochorenia pľúc, ...)
- pri nemožnosti merať krvný tlak manžetou (úrazy, anatomické zmeny, výrazná obezita, ...)

### Kontraindikácie

Absolútnou kontraindikáciou je závažná porucha zrážanlivosti krvi a anatomické deformity pacienta

### Riziká a možné komplikácie pri a po výkone

Komplikácie sa vyskytujú zriedka, najčastejšou je krvácanie v mieste napichnutia tepny, nemožnosť zavedenia katétra, upchanie katétra, infekčné komplikácie.

### Obmedzenia po výkone

Pacienti sú niekedy obmedzení potrebou znehybnenia hornej končatiny vo vyrovnanej polohe dlahou (potreba udržania priechodnosti katétra).

### Príprava pred vyšetrením

Špeciálna príprava nie je potrebná.

Svojim podpisom potvrdzujem, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

.....  
.....

Po tom, čo som mal(a) možnosť spýtať sa na všetko, čo pokladám za podstatné, považujem toto poučenie za dostatočné. Na základe svojej slobodnej vôle a poskytnutých informácií, súhlasím s vykonaním zavedenia artériového katétra, pokiaľ toto nie je s ohľadom na môj zdravotný stav kontraindikovaný.

Svojím podpisom potvrdzujem, že nebudem žiadať náhradu za poškodenie, stratu alebo prípadné odcudzenie vecí, ktoré som si priniesol(la) na výkon so sebou.

Beriem na vedomie a dávam týmto súhlas k nahliadnutiu do zdravotnej dokumentácie osobám získavajúcim spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania (napr.: študenti zdravotných škôl, lekárske fakulty a pod.), ktorí sú viazaní povinnou mlčanlivosťou.

Prehlasujem, že som poskytol pravdivé údaje o mojom zdravotnom poistení. Zároveň prehlasujem a súhlasím s tým, že v prípade poskytnutia nepravdivých údajov o zdravotnom poistení, poskytnutú zdravotnú starostlivosť Fakultnej nemocnici AGEL Skalica a.s. v plnom rozsahu uhradím.

\*zákonný zástupca osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas alebo na základe rozhodnutia súdu na základe žiadosti zákonného zástupcu

V Skalici, dňa: ..... čas .....

.....  
pečiatka a podpis lekára  
vykonávajúceho poučenie

.....  
podpis pacienta resp. zákonného zástupcu