

POUČENIE a INFORMOVANÝ SÚHLAS pred zavedením centrálneho žilového (venózneho) katétra (CŽK/CVK), periférneho žilového (kaválneho) katétra (PŽK/PVK) /podľa § 6 a § 40 zákona č. 576/2004 Z.z./

Meno, priezvisko pacienta: Rodné číslo:

Meno, priezvisko zákon. zástupcu*: Číslo poisťovne:

Telefón pacienta: E-mail pacienta:

Telefón zákonného zástupcu: E-mail zákon. zástupcu:

Indikácia zavedenia CŽK/PŽK:

Vážení pacienti/pacient v zastúpení zákonným zástupcom, žiadame Vás o prečítanie tohto poučenia a na konci dokumentu o podpísanie informovaného súhlasu ako znak toho, že ste všetkému rozumeli. V prípade, že odmietate dať informovaný súhlas k tomuto invazívnemu výkonu, podpíšte Záznam o odmietnutí informovaného súhlasu, ktorý sa nachádza na konci tohto dokumentu. Zároveň máte právo aj odvolať už raz daný informovaný súhlas k tomuto invazívnemu výkonu podpísaním Záznamu o odvolaní informovaného súhlasu, ktorý sa nachádza na konci tohto dokumentu.

Účel, povaha a priebeh výkonu

Kanylácia centrálneho žilového systému so zavedením centrálneho žilového katétra je zdravotný výkon neodkladnej i štandardnej zdravotnej starostlivosti. Zavedenie centrálneho žilového katétra (CŽK) je invazívny lekársky výkon, ktorý je súčasťou diagnosticko-terapeutického manažmentu v liečebno-preventívnej starostlivosti (LPS) u indikovaných skupín diagnóz, syndrémov a klinických stavov. Kanylácia centrálneho žilového systému, ako invazívneho výkonu, nesie so sebou riziko vzniku komplikácií. Na Oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) zavádza CŽK lekár za asistencie zdravotnej sestry a ošetrovateľa.

Kanylácia centrálneho žilového systému je indikovaná:

- urgentne, ako neodkladný výkon v naliehavých klinických situáciách,
- elektívne, ako plánovaný zdravotný výkon.

Ak je kanylácia žily a zavedenie CŽK plánovaným výkonom musí indikujúci lekár informovať pacienta, prípadne jeho príbuzných o dôvodoch, charaktere a postupe výkonu, ako i o možných komplikáciách.

Častokrát nie je možné informovať pacienta o výkone z dôvodov časových a klinických (napr. bezvedomie, anestézia, sedácia pacienta), ale **vždy musí byť jasná indikácia ku kanylácii zapísaná v zdravotnej dokumentácii.**

V naliehavých situáciách, ak treba zdravotný výkon kanylácie CVS urgentne vykonať, nie je možné informovať pacienta, ani získať jeho súhlas.

Priebeh kanylácie centrálneho žilového katétra (CŽK)

Výkon sa vykonáva pod ultrazvukovou kontrolou, čím sa výrazne znižuje riziko komplikácií. Po uložení pacienta na lôžko primárne do vodorovnej polohy, dezinfekcii okolia miesta vpichu v miestnom znecitlivení lekár za sterilných podmienok zavádza pomocou špeciálnej ihly a vodiča Seldingerovou metódou katéter do žily na krku, pod kľúčnou kosťou alebo v slabinách. Pri zavádzaní CŽK na krku pacient leží v špecifických situáciách (napr. ťažká dehydratácia, šokový stav) v polohe mierne dole hlavou a má tvár prekrytú sterilnou rúškou.

Indikácie zavedenia CVK:

1. pri potrebe hemodynamického monitorovania, na nepretržité meranie a sledovanie centrálneho žilového tlaku, napr. pri veľkých chirurgických výkonoch
2. šokové stavy rôznej etiológie, s prejavmi zlyhávania vitálnych funkcií ťažká hypovolémia, dehydratácia pacienta, vyžadujúce masívne doplnenie tekutín vnútrožilovým spôsobom, napr. pri popáleninách
3. instabilita cirkulácie a kardiovaskulárneho systému, s nutnosťou podávať vnútrožilovo a kontinuálne vazoaktívne lieky, napr. vazopresory, inotropné látky
4. mimotelové eliminačné metódy (napr. hemodialýza, hemofiltrácia) pri zlyhávaní obličiek, intoxikáciách, prevodení pacienta, kardiálnom zlyhávaní a pod.
5. kardiostimulácia – externá elektrostimulácia srdca vnútrožilovým prístupom

- parenterálna výživa plánovaná na dlhšie ako 5 dní, podávanie hyperosmolárnych roztokov cukrov, aminokyselín, podávanie koncentrovaných roztokov iónov, napr. chloridu draselného
- zabezpečenie nevyhnutnej intravenózne liečby pri nemožnom periférnom vnútrožilovom prístupe, pri trombózach a zápaloch povrchových žíl na končatinách, napr. po chemoterapii, po popáleninách.

Kontraindikácie zavedenia CVK

Pri použití ultrazvukového prístroja pri kanylácii ČŽK sú len tzv. relatívne kontraindikácie:

- závažná porucha zrážanlivosti krvi
- anatomické deformity kostry pacienta.

Riziká a možné komplikácie pri a po výkone

Komplikácie sa vyskytujú zriedka, ale môžu byť závažné. Pri nepokojnom pacientovi a zlých anatomických pomeroch môžu byť napichnuté okolité anatomické štruktúry (tepny, orgány dýchacej sústavy, močový mechúr) s rizikom vzniku vonkajšieho alebo vnútorného krvácania a dušnosti. Neskôr sa môžu pridružiť infekčné a trombotické komplikácie žily alebo katétra (katéetrová sepsa).

Alternatívy výkonu

- zavedenie periférneho žilového (kaválneho) katétra Seldingerovou metódou (do žíl na ramene)
- chirurgické vypreparovanie žily a zavedenie katétra.

Obmedzenia po výkone

Pacienti nie sú ničím obmedzovaní, ale v prípade zavedenia CVK do slabín sa odporúča minimalizovanie ohybov dolnej končatiny v bedrovom kĺbe.

Príprava pred vyšetrením

V prípade nutnej analgosedácie nekľudného nelačného pacienta, kde je možné odložiť zavedenie CVK, je vhodné odložiť zavedenie CVK o 6h od posledného jedla. V prípade podávania nízkomolekulového heparínu je vhodné ho odložiť o 12h po poslednej dávke. Všetky predpokladané miesta vpichu (brada na krku, slabiny obojstranne) oholiť, šperky (náušnice, retiazku na krku a iné) odstrániť.

Záver

Vyjadrenie pacienta:

Prehlasujem, že súhlasím s navrhovaným invazívnym výkonom. Bol(a) som informovaný(á) o svojom zdravotnom stave a o účele a povahe plánovaného invazívneho výkonu. Bol(a) som ústne/textom informovaný(á) i o možných následkoch a rizikách poskytnutej zdravotnej starostlivosti i o prípadných možných komplikáciách, ktoré môžu počas tohto výkonu nastať a tiež o riziku odmietnutia vykonania tohto výkonu. Rovnako som bol(a) informovaný(á) o tom, že poučenie môžem odmietnuť a svoj súhlas môžem odvolať. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel(a).

Po tom, čo som mal(a) možnosť spýtať sa na všetko, čo pokladám za podstatné, považujem moje poučenie za dostatočné. Na základe svojej slobodnej vôle a poskytnutých informácií, súhlasím s vykonaním tohto výkonu. Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Prehlasujem, že v prípade výskytu neočakávaných komplikácií vyžadujúcich neodkladné vykonanie ďalších zákrokov nutných k záchrane môjho života alebo zdravia, súhlasím, aby boli vykonané.

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.

Vyjadrenie osoby udeľujúcej zástupný súhlas*

Prehlasujem, že som bol(a) lekárom zrozumiteľne a v dostatočnom rozsahu informovaný(á) o zdravotnom stave osoby mnou zastupovanej a o všetkých zhora uvedených skutočnostiach, porozumel(a) som im, mal(a) som možnosť klásť doplňujúce otázky, ktoré mi boli zrozumiteľne zodpovedané. Na základe poskytnutých informácií a po vlastnom zvážení súhlasím s vykonaním zdravotného výkonu osobe mnou zastupovanej.

Prehlasujem, že v prípade výskytu neočakávaných komplikácií vyžadujúcich neodkladné vykonanie ďalších zákrokov nutných k záchrane života alebo zdravia osoby mnou zastupovanej, súhlasím, aby boli vykonané.

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.

*zákonný zástupca/opatrovník osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas (maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony) na základe rozhodnutia súdu na základe žiadosti zákonného zástupcu/poručník/iná fyzická osoba ako rodič, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti/osoba, ktorá má dieťa v náhradnej osobnej starostlivosti/osoba, ktorá má dieťa v pestúnskej starostlivosti/osoba, ktorá má záujem stať sa pestúnom a má dieťa dočasne zverené do starostlivosti/budúci osvojiteľ/osoba, ktorá má dieťa zverené podľa osobitných predpisov/štatutárny zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, rozhodnutie súdu o uložení neodkladného opatrenia, rozhodnutie súdu o nariadení výchovného opatrenia alebo rozhodnutie súdu o uložení ochrannéj výchovy, manžela alebo registrovaného partnera, rodiča, inej blízkej osoby (podľa aktuálne platnej legislatívy SR)

Dátum, čas:

pečiatka a podpis lekára
vykonávajúceho poučenie

podpis pacienta/zákonného zástupcu/opatrovníka,
osoby určenej pacientom, manžela alebo registrovaného
partnera, rodiča, inej blízkej osoby (zástupný súhlas):

Identifikácia osoby udeľujúca zástupný súhlas

Meno, priezvisko, titul:

Dátum narodenia:

Vzťah k pacientovi:

prejav súhlasu zastupovaného pacienta
(súhlas písomný/verbálna/posunkom)

Svedok poučenia a prejavu súhlasu zastupovaného pacienta, príp. pacienta neschopného sa vlastnoručne podpísať

Meno, priezvisko, titul:

Ak nesúhlas, dôvod nesúhlasu:

Spôsob, akým pacient prejavil vôľu (kývnutie hlavou, mrknutie, ...):

Dátum, čas:

podpis a pečiatka svedka

podpis a pečiatka lekára vykonávajúceho poučenie

Svedok, ktorý bol prítomný pri odmietnutí podpisu súhlasu zákonným zástupcom

Meno, priezvisko, titul:

Dôvod nepodpísania súhlasu:

Dátum, čas:

podpis a pečiatka svedka

podpis a pečiatka lekára vykonávajúceho poučenie

Záznam o odmietnutí informovaného súhlasu

Potvrdzujem, že som odmietol/la zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas, byť informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

.....
podpis pacienta/zákonného zástupcu

.....
podpis a pečiatka lekára

Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas:

.....
Svedok, ktorý bol prítomný pri odmietnutí informovaného súhlasu pacientom alebo jeho zákonným zástupcom

Meno, priezvisko:

Dôvod odmietnutia informovaného súhlasu:

Dátum, čas:

.....
podpis a pečiatka svedka

Záznam o odvolaní informovaného súhlasu

Odvolávam svoj informovaný súhlas daný ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi.

.....
podpis pacienta/zákonného zástupcu

.....
podpis a pečiatka lekára

Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas:

.....
Svedok, ktorý bol prítomný pri odvolaní informovaného súhlasu pacientom alebo jeho zákonným zástupcom

Meno, priezvisko:

Dôvod odvolania informovaného súhlasu:

Dátum, čas:

.....
podpis a pečiatka svedka