

Provedení léčebné erythrocytaferézy

Poj.:

Strana 1 / 5

DG:

C.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Popis výkonu:

Erythrocytaferéza - jedná se o moderní léčebnou metodu, která umožňuje odstranit z krevního oběhu pacienta nadměrně zmožené červené krvinky.

Snížení nadměrně zmoženého počtu červených krvinek sníží hustotu krve, zabrání jejímu městnání v plicích a podstatně přispěje ke snížení rizika vzniku trombóz. Snížení počtu nadměrně zmožených krvinek pomocí erythrocytaferézy usnadní i následné nebo současné použití jiných léčebných metod.

Režim pro pacienta před výkonem:

Léčebná erythrocytaferéza nevyžaduje Vaši speciální přípravu nebo změnu Vašeho denního režimu. Pouze v případě, že jste léčen pro vysoký krevní tlak, není vhodné, abyste večer před tímto výkonem a ráno v den výkonu užíval některé léky pro léčbu vysokého tlaku (o které léky se jedná, Vám sdělí lékař).

Postup výkonu:

Výkon je zahájen vpichem injekční jehly do žíly v loketní jamce a tím připojením speciálního přístroje (separátoru), který v následujícím období odebírá Vaši krev, oddělí červené krvinky a zbylé součásti krve vrátí zpět. Délka trvání výkonu je závislá na průtoku krve přístrojem. Vlastní výkon trvá přibližně 20 - 30 minut.

Výhody a možné komplikace:

Léčebná erythrocytaferéza je většinou bezpečný a účinný výkon, který je zajištěn správnou indikací a celou řadou organizačních a kontrolních opatření. Přesto může být spojena s nežádoucími vedlejšími reakcemi (např. pokles krevního tlaku a s tím spojená mírná nevolnost, pocení, případně až pocit na omdlení. V místě vpichu může vzniknout krevní výron spojený s bolestí).

Režim pacienta po výkonu:

Po léčebné erythrocytaferéze můžete v den výkonu pociťovat zvýšenou fyzickou slabost. Proto je vhodné vyvarovat se fyzické námahy. Při zvedání těžkých předmětů je možný i vznik krvácení do podkoží v místě vpichu injekční jehly, vyvarujte se proto i zvedání břemen příslušnou horní končetinou.

Alternativy léčby:

Alternativou ke snížení počtu červených krvinek je v určitých případech tzv. venepunkce, při které je odebráno cca 450 ml plné krve. Tento výkon je však nutno často opakovat, čímž může docházet k poškozování žil.

Provedení léčebné erythrocytaferézy

Poj.:

Strana 2 / 5

DG:

C.chorobopisu:

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Provedení léčebné erythrocytaferézy

Poj.:

Strana 3 / 5

DG:

C.chorobopisu:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

podpis svědka (svědků)

