



Інформована згода пацієнта на регулярне лікування гемодіалізом

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	

Назва процедури

Регулярне лікування гемодіалізом (Pravidelná hemodialyzační léčba)

Мета процедури

Метою гемодіалізу є видалення з організму токсичних кінцевих продуктів азотистого обміну та надлишку води. Якщо внаслідок тривалого хронічного захворювання нирок їхня функція знижується приблизно до 15 % від норми і менше або якщо на тлі порушення функції нирок з'являються такі симптоми, як задишка, стомлюваність, м'язові судоми, нудота, блювання або діарея, потрібно розпочати замісну терапію функції нирок.

Характер процедури

Регулярне лікування гемодіалізом – це метод тривалого заміщення функції нирок з використанням пристрою – монітора діалізу. В процесі гемодіалізу кров пацієнта безперервно подається через систему трубок у діалізатор – мембранний елемент, де з неї видаляються надлишкові речовини та вода, а очищена кров повертається пацієнтові. Змішувальний блок забезпечує точний склад діалізного розчину, приготованого з очищеної води та сольового концентрату, завдяки чому він повністю відповідає позаклітинній рідині організму.

Тривалий доступ до кровообігу забезпечується за допомогою підшкірної артеріовенозної фістули. Якщо потрібна термінова процедура діалізу, використовується тимчасовий судинний доступ (діалізний катетер). У модифікованому вигляді катетер можна використовувати протягом тривалого часу. Для запобігання зсіданню крові в екстракорпоральній системі призначають гепарин; якщо існує ризик геморагічних ускладнень, гепарин можна не застосовувати. В межах підготовки до лікування гемодіалізом здійснюється вакцинація проти вірусного гепатиту В.

Гемодіаліз як окрема процедура триває зазвичай від 4 до 5 годин і проводиться регулярно, здебільшого 3 рази на тиждень. Йдеться про довгострокову систему лікування, яка в разі неускладненого перебігу проходить амбулаторно (гострі зміни стану коригуються стандартним способом). Про режим лікування (це сукупність порад і вказівок, що стосуються дієти й режиму, фізичної активності, працездатності, а також відомостей про гемодіаліз) пацієнта систематично інформують. Ефективність лікування регулярно контролюється. Передумовою добрих терапевтичних результатів є постійна співпраця між персоналом і пацієнтом.

Очікуваний результат від процедури

Підтримання збалансованого стану внутрішнього середовища, мінерального балансу, корекція кислотно-лужної рівноваги та об'єму рідини в організмі.

Альтернатива процедури

- Трансплантація нирки
- Перитонеальний діаліз

До вибору відповідного методу треба підходити індивідуально на основі детальної оцінки загального стану здоров'я пацієнта та з урахуванням його способу життя та психосоціальних можливостей. Чергування методів очищення крові з медичних і особистих причин можливе після відповідної підготовки.

Можливі ризики обраної процедури

Ускладнення під час гемодіалізу

- Падіння артеріального тиску пацієнта, судоми в литках, підвищена стомлюваність або головний біль після процедури у разі швидкого виведення надлишкової води та солі з організму.

- Підвищення артеріального тиску у пацієнта, що лікується від артеріальної гіпертензії, після того, як частина прийнятого препарату була видалена з кровотоку внаслідок гемодіалізу.
- Зміщення голки в діалізному судинному доступі або його розрив через необережний рух.
- Звуження, оклюзія або інфікування діалізного судинного доступу.
- Зсідання крові в екстракорпоральній системі внаслідок недостатньої гепаринізації.
- Підвищений ризик геморагічних ускладнень.
- Порушення серцевого ритму внаслідок швидкої зміни вмісту мінералів у крові.
- У виняткових випадках – вірусний гепатит В або С.
- Дуже рідко – алергічна реакція на витратний матеріал, що використовується під час процедури.

Наслідки процедури

Регулярне лікування гемодіалізом – це довгострокова система лікування пацієнтів з незворотною недостатністю функції власних нирок, тобто станом, який сам собою супроводжується численними хронічними органічними ускладненнями. В цій ситуації неможливо чітко специфікувати та розділити стійкі наслідки, що виникають виключно в разі тривалого лікування гемодіалізом.

У зв'язку деякими ускладненнями, які можуть супроводжувати регулярне лікування гемодіалізом, можливі стійкі наслідки:

- наприклад, хронічний гепатит, що виникає як ускладнення вірусного гепатиту В або С (може захворіти пацієнт, який був належно вакцинований та ревакцинований проти вірусного гепатиту В, але його організм не виробив достатньої кількості захисних антитіл; профілактичної вакцинації проти вірусного гепатиту С не існує),
- звуження або оклюзія великих вен грудної клітки, що впадають у верхню порожню вену, внаслідок ускладнень попереднього використання діалітичних катетерів.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	ТАК	НІ
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Я зрозумів/зрозуміла усі ці пояснення та інформацію, яку мені надав мій лікар, я мав/мала можливість задати додаткові запитання, на які відповів мій лікар.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:

- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що на випадок потреби я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча...) для проведення аналізів з метою виключення, зокрема, заразливих захворювань, включно з ВІЛ-інфекцією.	ТАК	НІ

Я хотів/хотіла б, щоб щоб іншу особу (осіб) повідомили про стан мого здоров'я під час госпіталізації

ТАК НІ

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Ім'я та прізвище	Адреса	Тел.
------------------	--------	------

Я хотів/хотіла б, щоб вищезазначена особа (особи) мали право:

а) знайомитись з моєю медичною документацією, робити витяги, розшифровки або копії з моєї медичної документації робити витяги, розшифровки або копії з моєї медичної документації робити витяги, розшифровки або копії з моєї медичної документації *)	ТАК	НІ
б) дати згоду на надання медичних послуг, якщо я не можу це зробити з огляду на стан свого здоров'я, якщо це не медична послуга, яка може надаватися без згоди	ТАК	НІ

В Оломоуцькій факультетській лікарні проходять підготовку майбутні – студенти медичного факультету, факультету медичних наук Університету Палацького в Оломоуці та студенти медичних училищ. Відповідно до § 46, абз. 2 Закону № 372/2011 Зб. зак. Оломоуцької факультетської лікарні зобов'язаний забезпечити студентам і слухачам можливість здійснювати професійну практику та діяльність, включаючи медичні процедури та записи в медичній документації. Студенти та слухачі навчаються під безпосереднім керівництвом медичного працівника або вчителя-практика.		
З цієї причини я погоджуюся з тим, що студенти та стажисти повинні перевіряти мої медичні записи лише в необхідному обсязі та на підставі повноважень, наданих медичним працівником.	ТАК	НІ
Крім того, я погоджуюся з присутністю студентів та слухачів у наданні медичних послуг.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта

Ім'я та прізвище лікаря, що надав інформацію	Підпис лікаря, що надав інформацію

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:			
Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година