

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s odběrem krve z tepny

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu**Odběr krve z tepny (arterie)****Účel výkonu**

Jedná se o výkon diagnostický - získání tepenné (arteriální) krve k vyšetření a zhodnocení dechové (respirační) funkce plic a acidobazické rovnováhy. Jednou z hlavních funkcí plic je obohacovat krev kyslíkem a zbavovat krev oxidu uhličitého. Obě tyto látky (krevní plyny) lze přesně měřit v tepenné (arteriální) krvi, což může být důležité při onemocněních srdce a plic. Dále se stanoví pH krve a množství bikarbonátu (nárazník lidského organismu, který udržuje správné pH), což dovolí odhalit závažné metabolické poruchy.

Povaha výkonu

Odběr provádí lékař nebo sestra tenkou jehlou z tepny na zápěstí (a. radialis) nebo v tříse (a. femoralis) do speciální zkumavky s protisrážlivou látkou, která zabrání sražení krve cestou do laboratoře. Místo vpichu se předem dezinfikuje. Po ukončení odběru se místo vpichu překryje sterilním tamponem a po určitou dobu ponechá stlačené k zabránění krvácení z tepny. Po tuto dobu je nutno ponechat končetinu v klidu.

Předpokládaný prospěch výkonu

U pacientů v dechové tísní, s onemocněním srdce či plic nebo rozvratem vnitřního prostředí lze rozhodnout o dalším způsobu léčby nebo zhodnotit efekt léčby již probíhající. Vyšetření je nezbytné při hodnocení účinku kyslíkové terapie, popř. rozhodování o nutnosti umělé plicní ventilace.

Alternativa výkonu

Alternativou je vyšetření vzorku vlásečnicové (kapilární) krve získané ze špičky prstu. Takové vyšetření postačuje pro základní orientaci, výsledek ale může být v řadě případů zkreslen. Pro přesné posouzení funkce plic, jejich schopnosti okysličovat krev a přesné vyšetření acidobazické rovnováhy je vyšetření krve z arterie mnohem vhodnější, v některých případech i nezbytné.

Možná rizika zvoleného výkonu

Případné komplikace většinou nejsou závažné. K nejčastějším patří bolestivost v místě odběru, krvácení z místa vpichu nebo krevní výron (hematom) v podkoží. Poranění arterie a vznik trombózy s těžkou poruchou prokrvení končetiny jsou naštěstí vzácné.

Následky výkonu

Při nekomplikovaném výkonu žádné.

Souhlas:

Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte		
Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno, příjmení lékaře , který podal informaci	Podpis lékaře , který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina