



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta, opatrovníka) s podáním parenterální výživy v domácím prostředí

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 opatrovníka:	Rodné číslo:

Název výkonu

Domácí parenterální výživa

Účel výkonu

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla doporučena léčba domácí parenterální výživou (dále DPV) podávanou katétre do centrálního žilního řečiště. Domácí parenterální výživa umožňuje zajistit dlouhodobě nebo na přechodnou dobu doplňkovou i kompletní výživu aplikovanou ve Vašem sociálním prostředí. DPV je indikována v případě, kdy je nedostatečný nebo vyloučený příjem stravy ústy a stav zažívacího traktu neumožňuje aplikaci umělé výživy do žaludku či střeva a nemocný je ohrožen podvýživou. Parenterální výživa je infuze obsahující všechny živiny (cukry, tuky, bílkoviny, minerály, vitamíny a stopové prvky) potřebné pro organismus.

Povaha výkonu

Před zahájením podávání parenterální výživy je třeba mít zavedený některý typ centrálního žilního katétru, tedy hadičky zavedené do velké žíly na horní končetině nebo na hrudníku. (Broviac, PICC, PICC port, port). Výživa je podávána ve formě tekutiny uložené v plastovém vaku. Tento vak je vydáván lékárnou FNOL a může být firemně vyrobený nebo připravený v lékárně FNOL. Lékař Vám stanoví objem a složení vaku s parenterální výživou, rozhodne o přidání vitamínů, minerálů a stopových prvků do vaku a zajistí všeobecné sestry z agentur domácí péče, které jsou vyškoleny v přípravě a podávání vaků DPV. Tyto všeobecné sestry budou dojíždět do Vašeho sociálního prostředí a zajistí přípravu vaku s výživou a napojení do centrálního žilního katétru. Po dokapání vaku s výživou zajistí odpojení vaku a proplach centrálního žilního katétru, který uzavřou speciální zátkou před další aplikací. Správná rychlost podání infuze bude zajištěna infuzní pumpou, k jejíž obsluze zaškolíme Vás a Vámi určené blízké osoby. K pravidelným lékařským kontrolám budete jezdit na specializované pracoviště II. interní kliniky FN Olomouc. V případě vzniku komplikací souvisejících s DPV Vám budeme k dispozici telefonicky i osobně v pracovní dobu nutriční ambulance II. Interní kliniky FNOL, mimo pracovní dobu a o víkendu bude možné konzultovat lékaře JIP II. interní kliniky FNOL. Bude zajištěn závoz vaků s výživou do Vašeho bydliště. Budete vybaveni zdravotnickým materiálem potřebným k podávání DPV.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem podávání výživy do žil je zajištění dodání základních živin (cukrů, tuků, bílkovin), dle potřeby i minerálů, vitamínů, stopových prvků a hydratačních roztoků tak, aby byly splněny nároky organismu na příjem živin a tekutin potřebných k zajištění správné funkce organismu.

Alternativa výkonu

Pokud pacient potřebuje parenterální výživu a nebyla by možnost podávání ve vlastním sociálním prostředí, byl by vázán na pobyt ve zdravotnickém zařízení.

Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace podávání DPV mohou mít charakter mechanický, trombotický, infekční nebo metabolický. Mezi mechanické komplikace patří změny polohy katétru, kdy dojde k jeho vypadnutí, povytažení, poškození, ucpání sraženinou, poškození membrány portu.

Trombotické komplikace jsou krevní sraženiny v cévě v místě uložení konce katétru, kolem katétru či uvnitř katétru.

Infekční komplikace mohou plynout z infekce zanesené při ošetření katétru, přestupem bakterií z kůže nebo z krevního řečiště. Dalším zdrojem infekce může být kontaminace infuze při přípravě a aplikaci.

Metabolické komplikace spočívají v přetížení organismu živinami či objemem tekutin, nerovnováhou minerálů, sníženou či zvýšenou hladinou krevního cukru.

Při dlouhodobém podávání DPV může dojít k metabolické kostní nemoci či poškození jater.

Dodržování přísných zásad hygieny a dezinfekce při přípravě a podávání vaků s DPV, stejně jako správných postupů při ošetřování centrálních žilních katétrů a pravidelné kontroly specialistou na katétrů a umělou výživu, snižuje riziko vzniku těchto komplikací na minimum.

Následky výkonu

Domácí parenterální výživa vede k zajištění příjmu živin a tekutin, sníží riziko rozvoje podvýživy a udrží přiměřený stav výživy ve vztahu k Vašemu základnímu onemocnění.

Omezení ve sportovních činnostech nebo náročné fyzické práci, které zvyšují riziko mechanického poškození centrálního žilního katétru. V případě PICC a Broviacova katétru je omezený pobyt ve vodě z důvodu možné infekce.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN 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