

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Léčebná imunoadsorpce

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno opakované provádění imunoadsorpce.

Co je imunoadsorpce:

Jedná se o moderní léčebnou metodu, která umožňuje odstranit z krevního oběhu pacienta převážnou část imunoglobulinů (protilátek).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Za vznik a příznaky Vašeho onemocnění je odpovědná přítomnost škodlivých (patologických) látek (tzv. autoprottilátek), které jsme schopni imunoadsorpcí z větší části z krve odstranit, aniž bychom zároveň odstraňovali množství jiných, pro organismus důležitých látek.

Léčebnou alternativou k tomuto výkonu je plazmaferéza, kterou jste byl(a) léčen(a) doposud. Léčebnou imunoadsorpcí je možné zahájit jen u pacientů, kteří už podstoupili alespoň jednu plazmaferézu, abychom snížili riziko předčasného ukončení této finančně náročné léčby z důvodu nevhodného povrchového žilního systému pacienta nebo z důvodu netolerance výkonu pacientem.

Provedení imunoadsorpce je ve srovnání s plazmaferézou k organismu šetrnější.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

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

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon je zahájen dvěma vpichy injekčních jehel do loketních žil na obou horních končetinách a tím Vás připojíme k speciálnímu přístroji, který odebírá Vaši krev, oddělí plazmu, která následně protéká přes adsorpční zařízení vyvazující protilátky způsobující projevy Vašeho onemocnění.

Délka trvání výkonu je závislá na průtoku krve přístrojem a na Vašich tělesných parametrech (výška, váha).

Orientační délka trvání výkonu je 3-4 hodiny. Každému pacientovi jsou přiděleny imunoadsorpční kolony určené pouze pro jeho léčbu, opatřené jeho jménem a určené asi na 20 procedur. Interval opakování imunoadsorpce je vysoce individuální a stanoví jej lékař na základě zhodnocení diagnózy, celkového zdravotního stavu a laboratorních výsledků. Tento informovaný souhlas platí i pro tyto opakované výkony.

Jaké jsou možné komplikace:

Léčebná imunoadsorpce je většinou bezpečný a účinný výkon, který je zajištěn celou řadou organizačních a kontrolních opatření. Přesto může být spojen s nežádoucími vedlejšími reakcemi (např. pokles tlaku a s tím spojená nevolnost, pocení, pocit na omdlení, alergická reakce na použité roztoky, projevující se svěděním, vyrážkou nebo zhoršením dechu). Pro zajištění nesrážlivosti je do krve v separátoru během výkonu přidáván protisrážlivý roztok, který může ve vzácných případech také vyvolat nežádoucí reakci. V místech vpichů může vzniknout krevní výron spojený s bolestí.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po léčebné imunoadsorpcí můžete v den výkonu pociťovat zvýšenou fyzickou slabost. Je proto vhodné vyvarovat se fyzické námahy. Při zvedání těžkých předmětů je možný i vznik krvácení do podkoží v místech vpichů injekčních jehel, vyvarujte se proto i zvedání břemen.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Léčebná imunoadsorpce

Vysvětlující pohovor provedl:

razítko a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka