

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Léčebná cytaferéza

#### 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(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována léčba cytaferézou.

#### Co je léčebná cytaferéza:

Jedná se o moderní léčebnou metodu, která umožňuje odstranit z krevního oběhu pacienta nadměrně zmnožené červené krvinky, bílé krvinky nebo krevní destičky.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Snížení nadměrně zmnoženého počtu krvinek sníží hustotu krve, zabrání jejímu městnání v plicích a podstatně přispěje k snížení rizika vzniku trombóz. Snížení počtu nadměrně zmnožených krvinek pomocí cytaferézy usnadní i následné nebo současné použití jiných léčebných metod.

Alternativou pro snížení počtu červených krvinek je v určitých případech takzvaná venepunkce, kdy se provádí odběr přibližně 500 ml krve. Tento výkon se však musí výrazně častěji opakovat.

Alternativou pro snížení počtu bílých krvinek a krevních destiček je chemoterapie. Cytaferéza však v některých případech předchází zahájení chemoterapie, aby se snížilo zatížení organismu velkým množstvím patologických látek vznikajících při náhlém rozpadu většího počtu buněk. Cytaferéza je taky jedinou možností snižování počtu patologicky zvýšených krvinek v případě, že pacient na chemoterapii nereaguje nebo ji netoleruje.

S ohledem na vývoj Vašeho zdravotního stavu Vám může být v průběhu léčby provedena jedna nebo více léčebných cytaferéz.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Léčebná cytaferéza 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).

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon je zahájen dvěma vpichy injekčních jehel do loketních žil na obou horních končetinách a tím připojením speciálního přístroje (separátoru), který v následujícím období odebírá Vaši krev, oddělí požadovaný typ krvinek a zbylé součásti krve vrátí zpět. Délka trvání výkonu je závislá na průtoku krve přístrojem. Čím je průtok rychlejší, tím trvá výkon kratší dobu. Délka trvání výkonu je rovněž závislá na tom, jaký typ krvinek je odebírán a požadovaném stupni jeho snížení.

V některých případech, zvláště při velmi vysokých počátečních hodnotách krvinek nebo není-li možná jiná léčba, se cytaferéza opakuje v intervalu, který určí lékař. Tento informovaný souhlas platí i pro tyto případné opakované výkony.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Léčebná cytaferéza 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 nevolnost, pocení, pocit na omdlení. V místech vpichů může vzniknout krevní výron spojený s bolestí.). Pro zajištění nesrážlivosti je do krve v separátoru během výkonu přidáván protisrážlivý roztok, který může ve vzácných případech také vyvolat nežádoucí reakci (např. pocit brnění kolem úst a brnění v konečných prstech).

#### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po léčebné cytaferéze můžete v den výkonu pociťovat zvýšenou fyzickou slabost (zvláště po odběru červených krvinek). 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:**

<b>Léčebná cytaferéza</b>
---------------------------

**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.**

**Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.**

V Ostravě dne: .....

-----  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka