



POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA

Informovaný souhlas pacienta s infuzní terapií

Jméno, příjmení r.č.:.....
bytem
alergie

Informace o právech klienta

Vážená klientko, vážený kliente,

dovolte nám přivítat Vás na naší poliklinice a ujistit Vás, že si velmi vážíme Vaší důvěry. Chceme Vás touto formou informovat o plánovaném léčebném výkonu.

Věnujte proto, prosím, náležitou pozornost následujícím informacím.

Váš ošetřující lékař Vám doporučil léčbu nitrožilně podávanými léky ve formě infuzí. Tato léčba má za cíl zlepšit Váš zdravotní stav, zmírnit či odstranit Vaše potíže, event. zpomalit, nebo zastavit průběh Vaší choroby. Podávání léků do žíly je výrazně účinnější než ve formě tablet podávanými ústy.

Informace o průběhu infuzní léčby

Na infuzní léčbu budete docházet zpravidla několik dnů, dle požadavků Vašeho ošetřujícího lékaře a po domluvě se sestrou. Komplikace, které se mohou vyskytnout, jsou nečetné, až ojedinělé, v závislosti na účinné látce. Může se objevit reakce na kůži - např. reakce na dezinfekci nebo náplast, zánět povrchové žíly - zarudlý bolestivý pruh na paži. Z celkových reakcí se můžou objevit závratě, návaly, horkost v těle, větší pocení, slabost, někdy pocit na omdlení, ev. po postavení až kolaps. Ojediněle se může vyskytnout nepředpokládaná alergická reakce na podané léky ve formě kopřivky, svědění a zarudnutí kůže, či zhoršení dechu. Závažnější formy alergie jsou naštěstí velmi vzácné. Délka trvání infuze se odvíjí dle ordinovaných léků. Před a po infuzi Vám sestra změří krevní tlak. Pokud budete cítit v místě vpichu tlak, pálení, bolest, nebo jakýkoli druh nevolnosti, okamžitě informujte sestru. Po skončení a odstranění infuze sestrou, si ihned zamáčkněte tampon na paži a zůstaňte podle potřeby, minimálně však 5 minut ještě ležet, stlačujte místo vpichu a vstávejte dle pokynů sestry.

Na infuze se vždy objednejte. Domluvte si termín a hodinu se sestrou osobně, nebo telefonicky. Stanovený termín a čas je nutné přesně dodržovat. Infuzní terapie není plně hrazena zdravotními pojišťovnami, klient si hradí pouze doplatek za léčiva. Dbejte pokynů ošetřujícího personálu.

Prohlášení a souhlas klienta

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a sestrou srozumitelně informován/a o povaze a průběhu infuzní terapie a byl/a jsem informován/a i o možných rizicích tohoto výkonu. Přečetl/a jsem si informace o možných rizicích a komplikacích infuzní terapie a infuzní terapii podstupuji na vlastní zodpovědnost. Měl/a jsem možnost klást sestře doplňující otázky* a mé dotazy byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením infuzní terapie. Všemmu jsem porozuměl/a a s navrženým postupem souhlasím.

V Praze dne:

Poučení provedl:

* Byly kladeny tyto otázky:

Podpis klienta

Podpis pracovníka



POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA

Specifikace infuze

Složení infuze: Fyziologický roztok / Glukoza

aplikované léky:

Guajcuran Mesocain 1% Algifen/Novalgin Na Salicylum Oxantil Agapurin Cavinton Torecan MgSO4

Thiogamma Solumedrol Hydrocortison Dithiaden Apaurin Dolmina Muscoril Dexona

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu



POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu

Datum
Tlak krve před infuzi
Tlak krve po infuzi
Průběh infuze
Místo vpichu