



INFUZNÍ ODDĚLENÍ  
TELEFONNÍ KONTAKT PRO  
OBJEDNÁNÍ: 477 102 132  
p. ENDLEROVÁ EVA

### Poučení a informovaný souhlas pacienta s infuzní terapií

Jméno a příjmení:	Kód zdravotní pojišťovny:
Rodné číslo:	Telefonní číslo:
Mám alergii na tyto léky:	
V současnosti užívám tyto léky:	
Na infuzní léčbu jdu (zakroužkujte):	poprvé / opakovaně
Léčím se, nebo jsem prodělal(a) tyto závažné choroby (zakroužkujte, případně doplňte): MOZKOVÁ PŘÍHODA – CUKROVKA – EPILEPSIE – ASTMA - VYSOKÝ KREVNÍ TLAK – SRDEČNÍ INFAKRKT – ANGINA PECTORIS JINÁ ONEMOCNĚNÍ:	

#### INDIKACE (lékař-medikace):

Zakroužkujte správnou odpověď:

ANO  NE

Vážená paní, vážený pane,  
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. Léky pronikají rychle do krve a to může přinášet jistá rizika, která chceme omezit na max. možnou míru, proto potřebujeme znát základní informace o Vašem zdravotním stavu, abychom event. komplikacím mohli předcházet.

Byl(a) jsem srozumitelně poučen(a) o mém zdravotním stavu, o povaze mého onemocnění.	ANO	NE
Obdržel(a) jsem údaje o předpokládaném prospěchu léčby, jednotlivých léčebných výkonech a jejich významu pro můj zdravotní stav a údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života.	ANO	NE
Zdr. personál, který mi poskytl potřebné informace a poučení mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto poučení a souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů, nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti SZŠ, VOŠ, FZV, studenti LF, apod.) a kvalifikované, odborné vyučující prováděly lékařskou a ošetřovatelskou péči v rámci výuky v souladu s interními předpisy zdravotnického zařízení EUC Klinika Ústí nad Labem s.r.o.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby výše uvedené osoby mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE
Prohlašuji, že jsem nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí.	ANO	NE
Souhlasím, že budu uveden(a) v přehledu pacientů ošetřených na příslušném pracovišti.	ANO	NE
Byl(a) jsem doporučujícím lékařem, resp. personálem EUC Kliniky Ústí nad Labem s.r.o. dostatečně seznámen(a) s důvody nitrožilního podávání léku, možnými nežádoucími účinky. Byl(a) jsem poučen(a) o možných rizicích této léčby, tato rizika akceptuji a s navrženou léčbou souhlasím.	ANO	NE

Prohlašuji, že pokud dojde k jakýmkoli změnám, které by mohly souviset s aplikovanou infuzní terapií či podávaným léčivem, tyto informace neprodleně nahlásím zdrav. personálu.

ANO

NE

### **Informace o průběhu infuzní léčby:**

Na infuzní léčbu budete docházet zpravidla několik dnů - většinou 10x, 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.

Na infuze se vždy objednejte. Domluvte si termín a hodinu se sestrou osobně, nebo telefonicky. Stanovený termín a čas je nutné přesně dodržovat. Pacienti dochází po skupinách, v rozvržených časových intervalech. Nemá smysl chodit dříve, než v čas, který máte domluvený, neboť Vaše lůžko bude ještě obsazené a sestra nebude mít Vaši infuzi připravenou. Soboty + neděle se infuze nepodávají. Dbejte pokynů sestry.

- ✓ Na infuzní léčbu se oblékněte pohodlně, dbejte na to, aby vás oděv nikde neškrtil, hlavně paže, kde bude infuze zavedena, nesmí být těsným rukávem přiškrcena. Nezapomeňte si vzít obuv na přezutí.
- ✓ Po příchodu na oddělení si v čekárně odložte svrchní oděv a boty do uzamykatelné skříňky. Kabelku s penězi a cennými věcmi + klíč od skříňky si vezměte sebou na lehátko.
- ✓ Během infuze ležte v klidu, nepohybujte paží, ve které máte zavedenou infuzi. Pohyb ruky může způsobit, že se jehla dostane mimo žílu. Pokud budete cítit v místě vpichu tlak, pálení, bolest, nebo jakýkoli druh nevolnosti, okamžitě zavoňte na sestru. Zvonek máte vedle sebe na stojanu.
- ✓ Po skončení a odstranění infuze sestrou, si ihned zamáčkněte tampon na paži a zůstaňte podle potřeby, minimálně však 5 minut ještě ležet a stlačujte místo vpichu. Pokud se cítíte dobře, můžete oddělení opustit.
- ✓ Nenoste si klíč od skříňky domů. Klíč od skříňky po skončení infuze vraťte zpět do zámku ve skřínce, pacienti co přijdou po Vás, by neměli dostatek volných skříněk.

INFUZNÍ LÉČBA JE VELMI NÁKLADNÁ. SESTRA VÁM LÉKY DO INFUZE PŘIPRAVUJE PŘED VAŠÍM PŘÍCHODEM. POKUD SE NEDOSTAVÍTE, INFUZE SE DRUHÝ DEN NESMÍ POUŽÍT A MUSÍ SE VYHODIT. V PŘÍPADĚ, ŽE SE NEBUDETE MOCI NA INFUZI DOSTAVIT, INFORMUJTE O TOM ZDR. PERSONÁL OSOBNĚ, NEBO TELEFONICKY MINIMÁLNĚ DEN PŘEDEM, NEBO NEJPOZDĚJI TÝŽ DEN - DO 8. HODINY.

*Děkujeme za pochopení.*

Datum	Podpis pacienta(tky)

Jméno příjmení zdravotníka, který provedl poučení	Podpis zdravotníka, který provedl poučení

**v naší péči**