

# SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ SLUŽBY (infuzní terapie)

## POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:

Název poskytovatele	Centrum zdravotní péče Jirny (provozovatel: INC, a.s.)
Adresa poskytovatele	Tovární 19, 250 90 Jirny
Odbornost poskytovatele	
Lékař	

## PACIENT (ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI):

Příjmení, jméno, titul	
Rodné číslo	
Adresa bydliště	

## ZDRAVOTNÍ STAV A PŘEDPIS LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ:

Alergie	
Léčivé přípravky	

### INFORMACE O ZDRAVOTNÍ SLUŽBĚ

Infuze je nitrožilní aplikace roztoků a přidaných léčiv do organismu. Cílem je dosažení rychlého léčebného efektu. Při infuzní terapii pacient leží na vyšetřovacím lehátku. Před provedením provede sestra dezinfekci místa vpichu. Do žíly pacienta je aplikováno léčivo pomocí jednorázové nitrožilní kanyly a infuzního setu vedoucího z infuzní lahve. Po ukončení infuze je místo vpichu pacientovi antisepticky ošetřeno. Před každou aplikací a po provedení aplikace je pacientovi změřen krevní tlak a pulz a zhodnocen subjektivní a objektivní stav.

### INFORMACE O MOŽNÝCH KOMPLIKACÍCH

Při zavádění infuze může u pacienta dojít k narušení stěny žíly (propíchnutí, prasknutí), zánětu (zarudnutí, otoku, ztvrdnutí žíly nebo bolesti v místě vpichu) případně k alergické reakci. Riziko nitrožilní aplikace stoupá s věkem a závažností dalších onemocnění pacienta a zahrnuje v sobě i možné nepředvídatelné reakce organismu na podání medikamentů.

### SOUHLAS PACIENTA

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) a poučen(a) o obsahu infuzní terapie včetně upozornění na možné komplikace. Při poučení jsem měl(a) možnost klást dotazy. Veškeré mé dotazy mi byly zodpovězeny. Poučení jsem porozuměl(a) a na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením infuzní terapie.

-----  
datum

-----  
podpis pacienta

## Záznam o průběhu infuzní terapie

Infuzní roztok: .....

Léčivé přípravky: .....

	Datum	TK a P Před aplikací	TK a P po aplikaci	Průběh	Výkony,ZUM
1.					09511, 09223
2.					09511, 09223
3.					09511, 09223
4.					09511, 09223
5.					09511, 09223
6.					09511, 09223
7.					09511, 09223
8.					09511, 09223
9.					09511, 09223
10.					09511, 09223

Infuzní terapie ukončena dne: .....

.....

podpis aplikující sestry

.....

podpis lékaře