

## ŽILNÍ PORTKATÉTR

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....  
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): ..... / ..... Kód ZP: .....

Bydliště: .....

Zákonný zástupce: ..... Vztah: .....  
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)Narozen/a: ..... Bydliště: .....  
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) vyžaduje zavedení speciálního katétru do centrální žíly velkého krevního oběhu. Katétr je opatřen podkožní aplikační komůrkou a celek tvoří tzv. port nebo port-katétr (Port-a-cath). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Venózní port je zařízení, které umožňuje dlouhodobý přístup do žilního řečiště. Je celý uložen pod kůží a je určen k podávání výživy, infuzí a léků nitrožilní cestou, a to nejen během pobytu v nemocnici, ale i v ambulantní péči.

Zařízení sestává ze dvou částí: komůrky a tenké hadičky. Komůrka má polokulovitý tvar o průměru přibližně 2 - 2,5 cm, je zpravidla vyrobena z kombinace kovu a plastické hmoty. Umisťuje se do podkoží, většinou pod klíční kost. Dutina uvnitř komůrky je napojena na tenkou hadičku, dlouhou kolem 20 cm, která je zavedena žilním řečištěm do horní duté žíly. Komůrka i hadička jsou vyrobeny z materiálů podléhajících schválení pro použití v lidském těle. Podávání roztoků pro nitrožilní aplikaci se provádí nápichem speciální jehlou přes kůži do komůrky.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Alternativy výkonu Vám sdělil ošetřující lékař.

### Příprava k výkonu

Vlastnímu zavedení portu většinou předchází vyšetření ultrazvukové nebo rentgenové za účelem upřesnění znalostí anatomických poměrů v oblasti podklíčkové a horní duté žíly. Pokud se výkon provádí ráno, nebudete den předtím večeřet, pokud se provádí během dne, nebudete v den výkonu snídat. Pokud jsou vyhovující poměry krevní srážlivosti, výkon nevyžaduje žádnou zvláštní přípravu.

### Postup při výkonu

Zavedení žilního portu se provádí na katetrizačním sále intervenční radiologie, v místním znecitlivění. Pod sonografickou kontrolou je nejprve provedena punkce žíly na krku nebo pod klíčkem, zavedeno přístupové pouzdro (sheath). Pod klíční kostí je v místním znecitlivění proveden řez v délce kolem 3 cm s následnou preparací podkožního prostoru pro umístění komůrky portu. Do centrální žíly se zavádí tenká hadička a její délka se upravuje tak, aby konec katétru byl nad pravou srdeční síní. Do vypreparovaného prostoru pod klíční kostí se umístí a fixuje komůrka, která se spojí s již zavedenou hadičkou. Systém se naplní sterilním roztokem, ověří se jeho těsnost a pomocí rentgenové metody (skiaskopie nebo skiografie) se zkontroluje poloha konce katétru v horní duté žíle. Následně lékař sešije kůži po řezu a přiloží sterilní zakrytí místa zákroku. Tímto je výkon ukončen.

Názorně demonstrují výkon následující obrázky:



1



2

**Obrázek 1:** kovová komůrka portu má na svém čele plastovou membránu, do které se zavádí při nástřiku speciální, tzv. Huberova, jehla. Doleva vychází z komůrky katétr určený k zanoření do žíly.

**Obrázek 2:** rentgenový snímek podkožně umístěné komůrky a katétru zavedeného přes krční žílu do horní duté žíly

### Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Metoda využívá k vyšetření **rentgenového záření**. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos výkonu však jednoznačně převyšuje riziko těchto škod. Při výkonu se podává do cévy kontrastní látka, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornil/a jak indikujícího lékaře, tak personál angiografického pracoviště, že máte **alergii** jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější.

Pravděpodobnost rozvoje komplikací v souvislosti se zavedením žilního port-katétru je malá. Možné zdroje komplikací vlastního výkonu jsou místní znecitlivění (víte-li o alergii na místní anestetikum event. jiné látky, sdělte to ihned Vašemu lékaři), zanedbatelné riziko představuje krvácení z operační rány a cév, pneumothorax (vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny) a poranění okolních struktur. Z dlouhodobého hlediska je přítomno riziko zánětlivé komplikace a uzavření katétru sraženou krví (tzv. katéatrová trombóza). Pravděpodobnost technické závady na systému je zanedbatelná.

### Chování po výkonu, možná omezení

Den po výkonu doporučujeme klidový režim. Do zhojení rány se vyvarujte výraznější fyzické námahy, tlaku či tahu v místě rány, pokud možno i ve spánku. Chirurgické rány budou překryty obvazy, které je možno 5. den po výkonu sejmout, pokud je rána klidná, nebolestivá, bez výtoků a zarudnutí. Takovou ránu lze již 5. den po výkonu i se stehy opatrně sprchovat, stehy se z ní vyjmají mezi 10.-12. dnem. Opatrné koupání je povoleno nejdříve 14. den, pokud po vynětí stehů nedošlo ke komplikacím.

**Při jakémkoli podezření na komplikaci (zvýšená teplota, otok, bolest, jiný vzhled rány než je výše uvedený, krvácení, tvorba neobvyklé modřiny na krku nebo u komůrky aj.) musíte neprodleně upozornit ošetřujícího lékaře.**

Dodržováním všech pokynů předejdete možným komplikacím. Nejste-li léčeni pro cukrovku, je vhodné po výkonu ještě 2hodinové lačnění. Máte-li cukrovku, lze po skončení výkonu podat jídlo dle doporučení ošetřujícího lékaře s podáním příslušné dávky insulínu, anebo ústy podávaných přípravků pro léčbu cukrovky.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

**PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)**

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).**

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

**POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:**

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

**Prohlášení indikujícího lékaře:**

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

**Prohlášení provádějícího lékaře:**

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin

.....  
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

