

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Souhlasím s podáním infuze vitamínu C/ glutathionu nitrožilně.

Prohlašuji, že:

- TRPÍM NETRPÍM nemocí ledvin
- POUŽÍVÁM NEPOUŽÍVÁM léky na odvodnění – diuretika
- VYPIJI NEVYPIJI denně neméně 1,5 litru tekutin (pitný režim)
- TRPÍM NETRPÍM průjem (v současné době)
- UŽÍVÁM NEUŽÍVÁM přípravky s obsahem vápníku (kalcia)
- UŽÍVÁM NEUŽÍVÁM Warfarin
- TRPÍM NETRPÍM alergií (mám alergii na.....)
- JSEM NEJSEM těhotná KOJÍM NEKOJÍM

Byl/a jsem informován/a o výhodách (zmírnění oxidativního stresu, tj. vliv na zlepšení imunity, ovlivnění únavy, při syndromu vyhoření, proti zánětům, zlepšení hojení ran, proti depresím, prevence řídnutí kostí, prevence nádorového bujení, zlepšení kvality života u onkologicky nemocných) **i rizikách** (možnost vzniku štavelanových kamenů při nedostatečnosti ledvin) **léčby**, včetně rizika vpichu (možnost vzniku infekce v místě vpichu, alergie na desinfekční preparát).

Po aplikaci vitamínu C v infúzní formě **dodržím pitný režim po dobu minimálně 48 hodin**, tj. minimálně 1,5 l tekutin kromě kávy a čaje.

Vitamin C může ovlivnit účinek léků na ředění krve (Warfarin), může zvýšit účinnost léků proti shlukování krevních destiček (Anopyrin, Godasal), zvýšit plazmatické hladiny tabletové hormonální antikoncepce a může vést k nepřesnému stanovení hladiny cukru v krvi. Tato infuze je prostředek podporující, doplňující a zesilující účinek při léčbě nádorových chorob, není lékem.

Komplikace, které se mohou vyskytnout, jsou nečetné, až ojedinělé. Může se objevit reakce na kůži - např. reakce na dezinfekci nebo náplast, zánět povrchové žíly – zarudlý bolestivý pruh na paži. Pokud budete cítit v místě vpichu tlak, pálení, bolest, nebo jakýkoli druh nevolnosti, okamžitě informujte sestru. Po skončení a odstranění infuze sestrou, zůstaňte podle potřeby, minimálně však ještě 5 minut sedět, stlačujte místo vpichu a vstávejte dle pokynů sestry. V den aplikace je vhodné neopomenout příjem tekutin a vypít minimálně 1,5 – 2 litru za den.

Prohlášení a souhlas klienta Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a 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 doplňující otázky* a mé dotazy byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením infuzní terapie. Všem u jsem porozuměl/a a s navrženým postupem souhlasím.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem měl dostatek času a možnost se zeptat na problematiku vysokodávkové infuze Vitamínu C/glutathionu a získat informace o tomto léčebném postupu od zdravotnického pracovníka.

Jméno pacienta.....

Podpis.....

Datum narození pacienta.....

.

Datum.....hodin