

Informovaný souhlas – podání infuze Imunita Extra

Vážená klientko, vážený kliente, velmi si vážíme Vaší důvěry a touto cestou bychom Vás chtěli informovat o Vámi vybraném léčebném výkonu. Věnujte prosím náležitou pozornost uvedeným informacím.

Komplikace, které se mohou vyskytnout při nitrožilním podání vitamínové infuze, jsou ojedinělé. Může se objevit reakce na kůži (např. na dezinfekci nebo náplast) nebo zánět povrchové žíly (zarudlý bolestivý pruh na paži). Vitamínová infuze Imunita extra nevyvolává alergické reakce, neboť vitamín C je nezbytný pro život jedince. Nežádoucí reakce mohou být vyvolány konzervačními látkami a stabilizátory. Případné reakce vznikají z přecitlivělosti, projevují se pálením v místě aplikace, krátkodobou poruchou krevního oběhu (mdloby). U pacientů hypersenzitivních na některou ze složek přípravku, např. kyselinu listovou, thiamin nebo methylparaben se mohou vyskytnout alergické reakce.

V případě potíží ihned informujte sestru. Po skončení a odstranění infuze zůstaňte minimálně však ještě 5 minut sedět, stlačujte místo vpichu.

Byl/a jsem informován/a o nutnosti dodržení režimových opatření po aplikaci infuze. Dodržím pitný režim pod dobu minimálně 48 hodin, **tj. nejméně 2l tekutin kromě kávy a čaje**. Dodržím zákaz konzumace čokolády a některých druhů zeleniny (rebarbora, červená řepa, listová zelenina).

Jsem si vědom/a, že vitamínová infuze Imunita extra není vhodná pro pacienty s narušenou funkcí ledvin, oxalátovými kameny, pro těhotné nebo kojící matky, u anémií, při akutní infekci, u nemocných trpících nadměrným ukládáním železa v těle, u osob podstupujících chemoterapii či radioterapii, při užívání některých léků (léky na ředění krve, močopudné léky) nebo pro pacienty po cévní mozkové příhodě/ při onemocnění průdušek a plic s dušností či s neléčeným vysokým krevním tlakem a srdeční slabostí.

Vitamínová infuze Imunita extra může ovlivnit některé výsledky – jako měření glykémie, hladina kyseliny močové, kreatininu a anorganického fosfátu v moči, může dojít i k falešné pozitivě testu na okultní krvácení. Za dostatečnou dobu pro měření těchto diagnostických testů je považován 24hodinový interval po infuzi.

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o povaze a průběhu infuzní terapie a byl/a jsem informován/a i o možných tohoto výkonu. Přečetl/a jsem si informace o možných rizicích a komplikacích infuzní terapie a podstupuji ji na vlastní zodpovědnost. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky a moje dotazy byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením infuzní terapie.

Datum:

Podpis klienta/ky:

Podpis lékaře: