

Jméno pacienta: .....

Číslo pojištění: .....

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA s podáním infuze vitamínu C

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

**Jsem si vědom/a, že** Infuze vitamínu C není vhodná pro pacienty s porušenou funkcí ledvin, oxalátovými kameny, těhotné nebo kojící matky, u anémií, u nemocných trpících nadměrným ukládáním železa v těle, osob podstupujících chemoterapii či radioterapii a při užívání některých léků (léky na ředění krve, močopudné léky).

- nemocí ledvin ano/ne
- močové kameny ano/ne
- průjmy (v současné době) ano/ne
- alergie na léky ano/ne

jaké .....

- KOJÍM/NEKOJÍM těhotenství ano/ne

Užívám tyto léky: .....

Infuze vitamínu C nevyvolává alergické reakce, neboť vitamín C je nezbytný pro život jedince. Aplikaci mohou podstoupit i jedinci trpící alergií na citrusové plody. Nežádoucí reakce mohou být vyvolány konzervačními látkami a stabilizátory. Event. reakce vznikají z přecitlivělosti, projevují se pálením v místě aplikace, krátkodobou poruchou krevního oběhu (mdloby). V případě potíží ihned informujte sestru. Po skončení a odstranění infuze zůstaňte minimálně však ještě 5 minut sedět, stlačujte místo vpichu. Nezapomeňte dostatečně pít.

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

**Potvrzuji, že jsem byl(a) seznámena lékařem ..... se zásadami infuzní terapie vitamínem C, byl(a) jsem upozorněn(a) na možná rizika, která jsou s léčbou spojena, mohl(a) jsem klást doplňující dotazy, poučení jsem porozuměl(a). Souhlasím s touto léčbou.**

**Podpisy:** Pacient ..... Datum.....  
Zákonný zástupce ..... Datum.....  
Lékař ..... Datum.....