

## Prevence RhD aloimunizace u RhD negativní pacientky

### Pacientka (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

Pacientka byla poučena o svém zdravotním stavu a potřebných výkonech:

#### **Podání tzv. prevence RhD aloimunizace.**

Pacientka byla výslovně informována o tom, že v rámci přiměřeného poskytování zdravotní péče je žádoucí, aby se podrobila navrženému výkonu:

**Prevence RhD aloimunizace je podání lidských bílkovinných protilátek proti RhD-faktoru krevní skupiny ve formě intramuskulární injekce (injekce do svalu).**

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

**Prevence vzniku RhD aloimunizace, což je stav, při němž si imunitní systém Rh-negativního člověka vytvoří specifické bílkovinné protilátky pro RhD-faktoru krevní skupiny. Pokud by k tomu došlo ve Vašem případě, tyto protilátky by mohly významně ohrozit jakékoliv Vaše další těhotenství a v souvislosti s tím i Vaše zdraví. Více viz. další bod.**

Pacientka byla náležitě informována a bylo jí vysvětleno, jaké důsledky bude mít odmítnutí potřebného výkonu pro její další život, zdraví a zdravotní stav, byla upozorněna na konkrétní možné následky odmítnutí zdravotní péče:

**Protože je Vaše krevní skupina RhD-negativní, Vaše nynější těhotenství, u něhož není přesně stanovena krevní skupina plodu, může být pro Vás i pro případné další Vaše těhotenství rizikové. Toto riziko plyne z následujících faktů:**

- **během těhotenství a při případných invazivních výkonech během něj (např. odběr plodové vody) je velká pravděpodobnost kontaktu Vaší krve s krví plodu**
- **každé Vaše těhotenství, u něhož nebyla stanovena krevní skupina plodu, je nutné brát jako těhotenství s RhD-pozitivním plodem**
- **v případě kontaktu Vaší RhD-negativní krve s RhD-pozitivní krví dochází k imunitní odpovědi s tvorbou specifických protilátek. Ty se tvoří v lidském těle po zbytek života a mohou v případě dalšího těhotenství těhotenství vyvolat tzv. hemolytickou nemoc plodu, která může vést k vážnému poškození plodu, eventuálně až jeho smrti.**

- pokud dojde ke smrti plodu v děloze před narozením, je tento stav vysoce rizikový i pro matku. Může dojít k poruchám krevní srážlivosti a poruchám funkcí orgánů, které mohou vést až ke smrti matky.

Podání lidských bílkovinných protilátek jako prevence RhD aloimunizace zabrání imunitní odpovědi s tvorbou specifických bílkovinných protilátek, takže při dalším těhotenství je riziko výše zmíněných komplikací sníženo na minimum.

Pacientka měla možnost v rozhovoru s lékařem při podání náležitého vysvětlení, klást doplňující otázky a tyto jí byly zodpovězeny.

**Pacientka po provedeném poučení lékařem prohlašuje a podpisem potvrzuje:**

- Byla jsem lékařem poučena o mém zdravotním stavu, o potřebném výkonu a byla jsem výslovně informována o tom, že je žádoucí abych se podrobila navrženému výkonu.
- Lékařem mi bylo vysvětleno, jaké důsledky může mít mé odmítnutí potřebného výkonu pro můj další život, zdravotní stav a celkové zdraví. Byla jsem upozorněna na možné následky odmítnutí navržené a potřebné zdravotní péče.
- Bylo mi umožněno klást lékařovi doplňující otázky a tyto mi byly zodpovězeny.
- Prohlašuji, že přes uvedené poučení, kterému jsem v plném rozsahu porozuměla, odmítám lékařem navrženou doporučený výkon léčebné (zdravotní) péče.

**Svým podpisem stvrzuji, že mi byly poskytnuty plnohodnotné a vyčerpávající informace, které byly pro mne srozumitelné. Porozuměla jsem poučení o tom, že své stanovisko k navržené léčbě mohu změnit. O takovém postupu se vždy provede obdobný záznam.**

**Prohlašuji, že toto rozhodnutí činím zcela svobodně a vážně, při plném vědomí a potvrzuji je vlastnoručním podpisem.**

\_\_\_\_\_  
Datum a čas zápisu

\_\_\_\_\_  
Podpis pacientky

\_\_\_\_\_  
Jméno a příjmení svědka

\_\_\_\_\_  
Podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko zdravotnického zařízení

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis lékaře

Pokud má pacientka zákonného nebo ustanoveného zástupce, uvede se jeho prohlášení:

**Já, jako zákonný zástupce, (resp. ustanovený zástupce) pacientky prohlašuji, že jsem byl poučen a poučení jsem porozuměl. Jeho obsah a podstata mi byla lékařem srozumitelně vysvětlena. Prohlašuji, že nedávám souhlas s provedením navrženého výkonu.**

---

**Datum a čas zápisu**

---

**Podpis zákonného zástupce**

---

Odmítá li pacientka, nebo její zákonný zástupce podepsat prohlášení o odmítnutí zdravotní péče: musí být opatřeno prohlášením svědka, že pacientka nebo zákonný zástupce pacienta byli poučeni a informováni, odmítají potřebnou zdravotní péči a současně odmítají podepsat toto prohlášení.

Prohlášení svědka musí být potvrzeno jeho podpisem, spolu s uvedením jeho jména a příjmení.

---

**Datum a čas zápisu**

---

**Jméno a příjmení svědka**

---

**Podpis svědka**

---

Nemůže-li pacientka s ohledem na svůj zdravotní stav tento dokument podepsat: opatří se záznam podpisem svědka a uvedou se důvody, pro které nemohl pacient záznam podepsat a způsob jak projevil svoji vůli – nesouhlas s navrhovanou zdravotní péčí:

Svědkiem může být další zdravotnický pracovník nebo jiné osoby z okruhu osob blízkých pacientce, u kterých vyslovila pacientka souhlas s tím, aby byly informovány o jeho zdravotním stavu.

---

**Datum a čas zápisu**

---

**Jméno a příjmení svědka**

---

**Podpis svědka**