



Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM TERAPEUTICKÁ SKLEROTIZACE - PERKUTÁNNÍ

1. **Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):**

- Hemangiom, lymfangiohemangiom, venózní malformace

2. **Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):**

Cílem je uzavřít (sklerotizovat) patologickou žilní strukturu (malformaci, varix, hemangiom). V místním znecitlivění napícheme přes kůži patologickou cévní strukturu – hemangiom, hemangiolymfangiom. Poté zobrazíme dutiny vrozené odchylky cévní struktury kontrastní látkou a následně provedeme její sklerotizaci aplikací Ethanolu, nebo jiného sklerotizačního činidla. Následně provedeme odsátí sklerotizačního činidla z dutiny malformace. Ohraničené a menší malformace (vrozeně změněné tkáně) mají větší šanci na úspěšnou léčbu.

3. **Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:**

- Mírný tlak až bolest v místě sklerotizace
- Možnost propíchnutí žíly.
- Aplikace sklerotizačního roztoku mimo žilní systém s následkem odumrtí části tkáně a okolní kůže.
- Vzácně embolizace do plic eventuelně přechodně plicní otok, při větší dávce možnost až srdečního selhání.
- Možnost rozpadu krvinek – hemolýza - s následným vylučováním hemoglobinu močí, vzácně až dočasné selhání funkce ledvin.
- Alergická reakce na kontrastní látku u pacientů s dříve neznámou alergickou anamnézou.
- Zánět či sepse.
- Podkožní modřina (hematom) v místě nápichu žíly.
- Vzácně možnost následné endovaskulární, nebo chirurgické intervence.
- Vzácně dočasně změny v krevní srážlivosti ve smyslu prodloužení času srážení krve.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- Dále konzervativní léčba.
- Podle nálezu a stavu možné tepelné zničení ložiska (Termoablace), případná chirurgická léčba s odstraněním ložiska.
- Často musí být provedena kombinace různých léčebných přístupů.

5. **Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

- nepředpokládají se, záleží na rozsahu základního onemocnění.

Předpokládaná doba hospitalizace: 1 – 2 dny

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 – 2 dny

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: nepředpokládá se

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nepředpokládá se

6. **Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):**

- Po sklerotizaci spíše klid na lůžku 1 – 2 dny, léčba bolesti a možného otoku v oblasti sklerotizace. Jinak v závislosti na základní diagnóze.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta^{*} /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.