



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 MECHANICKÁ REKANALIZACE MOZKOVÉ TEPNY

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

- Centrální mozková příhoda (CMP) – akutní uzávěr mozkové tepny

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

Cílem výkonu je odstranit z uzavřené mozkové tepny trombus, který brání průtoku touto tepnou a je příčinou CMP. Přístupem z tříselné tepny je postupně zavedena do krkavice na straně uzavřené mozkové tepny široká vodící cévka, kterou pak do uzavřené mozkové tepny umísťujeme speciální extrakční zařízení (extrakční košík), kterým se provádí vlastní odstranění uzávěru – trombu - mozkové tepny. V některých případech, kdy se nedaří trombus odstranit je nakonec nutné tento extrakční košík ponechat v místě uzavřené tepny tak aby bylo dosaženo průtoku původně uzavřeným místem mozkové tepny.

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

celkově 5% – 10% klinicky významných komplikací spojených s výkonem

- Klinicky významné krvácení do reperfundované (znovu otevřené) mozkové tkáně v povodí akutní mozkové příhody v 8 % – 10%.
- V případě klinicky významného krvácení do tkáně mozku po otevření tepny pak 34% – 44% riziko následného úmrtí.
- Periferní embolizace během rekanalizační procedury.
- Perforace, nebo disekce léčené tepny spojené s subarachnoidálním krvácením.
- Spazmy léčené tepny, nebo tepen odstupujících z této postižené tepny.
- Selhání metody (není možné mozkovou tepnu znovu otevřít) v 10% s následným rozvojem mozkového infarktu v povodí celé této tepny.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Není – li možné pokračovat v intravenózním (systémovém) podávání trombolytické léčby, v těchto indikovaných případech není dnes jiná alternativa k znovuotevření mozkové tepny známá.

### 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:*

- Závisí na celkovém klinickém stavu a rozsahu následného postižení.

#### *Předpokládaná doba hospitalizace:*

- V závislosti na klinickém stavu a tíži postižení mozkové tkáně

#### *Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):*

- V závislosti na klinickém stavu a tíži postižení mozkové tkáně

#### *Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:*

- V závislosti na klinickém stavu a tíži postižení mozkové tkáně

#### *Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*

- V závislosti na klinickém stavu a tíži postižení mozkové tkáně

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

- V závislosti na klinickém stavu a tíži postižení mozkové tkáně a na dalším vývoji stavu pacienta

**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 jím 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, uvede 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.