



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 LÉČEBNÁ EMBOLIZACE PATOLOGICKÉ CÉVNÍ STRUKTURY

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

•

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

Jde o speciální katetrizační, (nebo perkutánní) vyšetření, jehož cílem je uzávěr (embolizace) cévního zásobení patologické tkáně.

V místním znečitlivění nejčastěji přes pravou, nebo levou femorální tepnu zavedeme tenkou cévku (katétr) do přírodních tepen, které krví zásobují patologickou tkáň nebo místo krvácení. Kontrastní látkou zobrazíme všechny tepny v okolí a bude-li to možné a bezpečné, provedeme uzávěr těchto přírodních tepen.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- Tupý tlak až intenzivní bolest v místě embolizace.
- Tlak na hrudi a v zádech s přechodnými dechovými obtížemi.
- Rozštěp stěny aorty, nebo přírodních tepen, z níž odstupuje uzavíraná tepna.
- Přechodný otok nebo nekróza orgánu, kosti, kůže v okolí uzavírané tepny.
- Nechtěný uzávěr jiné tepny při náhodném uvolnění a vycestování embolizačního materiálu, možná embolizace do plic.
- Alergická reakce na kontrastní látku u pacientů s dosud negativní alergickou anamnézou.
- Vzácně může dojít k úmrtí (do 0,37%).

V případě embolizace v povodí mozkové tepny:

- Mozkový infarkt s přechodným, nebo trvalým neurologickým postižením (až 0,09% - 10%).
- Přechodná obrna obličejových nervů, nebo míšní ischemie až infarkt (v případě embolizace v oblasti hlavy, nebo páteře)
- Vzácně rozštěp přírodních tepen
- Vzácně krvácení do mozkové tkáně v povodí embolizované tepny
- Vzácně může dojít k úmrtí (do 0,37%).

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

Závisí na charakteru a lokalizaci patologické tkáně.

- Perkutánní napíchnutí ložiska a aplikace embolizační látky zavedenou jehlou.
- Chirurgický podvaz přírodních tepen, nebo chirurgické odstranění patologické tkáně

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 základní diagnóze a předpokládaném dalším eventuelně plánovaném návazném léčebném postupu bezprostředně navazujícím na embolizaci

Předpokládaná doba hospitalizace:

- 1 – 2 dny

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

- závisí na celkovém klinickém stavu a povaze základního onemocnění

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- v souvislosti s výkonem se neočekávají

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- částečné omezení po nutnou dobu s ohledem na klinický stav

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

- Klid na lůžku 6 hodin, kompresivní obvaz na tepně v místě vpichu. Při bolestech analgetika.

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, 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:

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

Podpisová doložka svědka:

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

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka