



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

Jméno

Příjmení

RČ pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM TROMBOLÝZA V TEPENNÉM, NEBO ŽILNÍM ŘEČIŠTI

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

- uzávěr cévy krevní sraženinou

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

Trombolýza je speciální rentgenový výkon s použitím léčiva a kontrastní látky. Velice úzký katétr (trubička) je zaváděn nejčastěji přes třísko (výjimečně z loketní jamky, či jiného přístupu) do stehenní cévy a poté cíleně do cév s krevními sraženinami. Katétreem se zobrazí rozsah sraženin na rentgenovém záznamu. Následně je přímo do oblasti sraženiny aplikován lék, který ji má rozpustit. Po rozpuštění sraženiny lékař zhodnotí stav cév a může být provedena navazující angioplastika.

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

- Komplikace v místě vpichu (krvácení, modřina, infekce, nepravá výduť).
- Uzávěr přístupové cévy.
- Krvácení ze starších ran, krvácení do zažívacího traktu.
- Mozkové krvácení.
- Úplný uzavěr průsvitu ošetřované cévy aterosklerotickými hmotami, krevní sraženinou nebo disekcí (roztržením stěny cévy).
- Embolizace – vmetky krevních sraženin do cévního systému.
- Nevolnost, mdloby.
- Zhoršení ledvinných funkcí až selhání ledvin.
- Alergická či toxická reakce od lehké po těžkou formu.

Aby se minimalizovalo riziko vzniku těchto lokálních komplikací, je nezbytné uposlechnout doporučení lékaře.

U pacientů se zvýšenou funkcí štítné žlázy nelze jódovou kontrastní látku podat.

Mortalita (úmrtnost) při tomto výkonu je asi 0,5% - 1%.

Závažné komplikace se vyskytují asi u 7% pacientů.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- chirurgické odstranění krevních sraženin (v některých případech neexistuje)

### 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 místě a cévě, která je sraženinou postižena

#### *Předpokládaná doba hospitalizace:*

- nejméně 2 dny

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

- nejméně týden

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

- trvalá navazující medikamentózní léčba

#### *Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*

- Po provedeném výkonu pacient setrvá na lůžku JIP po dobu doporučenou lékařem.

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

- během a bezprostředně po výkonu klid na lůžku

**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 lékařem 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 rozumově a volně vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.