



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 LÉČBA VÝDUTĚ BŘIŠNÍ, NEBO HRUDNÍ AORTY, LÉČBA DISEKCE HRUDNÍ AORTY ZAVEDENÍM STENTGRAFTU (CÉVNÍ PROTÉZY)

### 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 rentgenové vyšetření, jehož cílem je vyřazení a přemostění výdutě aorty zavedeným stentgraftem, nebo překlenutí a stabilizace trhliny (disekce) stěny aorty.

V celkové, nebo svodné anestezii chirurgicky vypreparujeme jednu, nebo obě tříselné tepny a do vnitřního lumen aorty zavedeme speciálním zaváděcím instrumentariem aortální cévní protézu (stentgraft) do oblasti nemocné břišní, nebo hrudní aorty, Obě tříselné tepny pak jsou ošetřeny chirurgickou cestou, nebo v některých případech speciálním perkutánním okluzním zařízením.

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

- Uvolnění trombotického materiálu z aortální výdutě, nebo skleroticky poškozených pánevních tepen během výkonu s možností zanesení tohoto materiálu do tepen dolních končetin, nebo tepen pánve a břicha (3% - 5% případů).
- Přejídná ischemie míchy a porucha hybnosti dolních končetin, ischemie střev s průjmy a krvácením ze střev (0,1% – 5% případů).
- Úmrtí do 30 dnů po výkonu (0 – 5,6% případů).
- Zalomení, nebo posunutí komponent stentgraftu.
- Netěsnost stentgraftu ke stěně cévní, se zatékáním krve mezi stentgraft a stěnu cévní, nebo komponenty stentgraftu je různě závažná a záleží na charakteru a typu netěsnosti (-25% případů).
- Okluze lumen stentgraftu, nebo raménka břišního stentgraftu (1% – 3 % případů).
- Přejídně bolest břicha nebo zad.
- Alergická reakce na kontrastní látku u pacientů s dosud negativní alergickou anamnézou.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Chirurgická léčba náhradou aorty, nebo chirurgickým zavedením aortální protézy.

### 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:*

- V souvislosti s výkonem se neočekávají, nedoporučuje se výkonnostní sportování a těžká tělesná námaha.

*Předpokládaná doba hospitalizace:*

- 5 – 10 dnů

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

- 2 – 3 týdny

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:*

- závisí na celkovém klinickém stavu

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*

- závisí na celkovém klinickém stavu

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

- Dodržovat správnou a doporučenou životosprávu, doporučené kontrolní vyšetření v pravidelných intervalech určených lékařem, možnost užívání trvalé medikace.

**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: .....

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní 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