



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 ZAVEDENÍ FILTRU DO DOLNÍ DUTÉ ŽÍLY

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

•

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

Cílem je zabránění opakované masivní plicní embolizaci u pacientů s tromboembolickou chorobou. V místním znecitlivění přístupem nejčastěji femorální žílou, nebo pravou krční žílou zavedeme do dolní duté žíly speciální zaváděcí cévku. Nejprve kontrastní látkou zobrazíme dolní dutou žílu a ledvinné žíly. Poté zaváděcí cévkou umístíme do dolní duté žíly filtr. Ten je nejčastěji implantován pod vyústění ledvinných žil, ale může být v indikovaných případech umístěn i výše. Nakonec provedeme kontrolní zobrazení dolní duté žíly a filtru aplikací kontrastní látky. Po odstranění zaváděcí cévky na punkční místo v třísele nebo na krku naložíme kompresní obvaz.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- Žilní trombóza v místě vpichu (2% - 23%).
- Krvácení v místě vpichu (5%)
- Retroperitonální krvácení (2%).
- Arteriovenózní píštěl v třísele (1% – 3%).
- Dislokace a uvolnění již přítomného trombu.
- Nesprávné uložení filtru může vést k jeho menší účinnosti, nebo může způsobit až k perforaci stěny dolní duté žíly
- Opakované plicní embolie (1% - 5%)
- Migrace, nebo neúplné rozvinutí filtru (2% – 19%).
- Trombóza dolní duté žíly po implantaci filtru – nejčastěji po jeho ucpání zachyceným embolem (3% – 28%).
- Chybné umístění filtru.
- Sepse, septikémie.
- Alergická reakce na kontrastní látku u pacientů s dosud nepoznanou alergickou anamnézou.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- nejsou žádná alternativní řešení

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:*

- Vždy se jedná o individuální přístup. Záleží na základním onemocnění a velikosti případné trombózy v žilním řečišti.

Předpokládaná doba hospitalizace:

- Záleží na základním onemocnění

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

- Záleží na základním onemocnění

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- Záleží na základním onemocnění

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- nepředpokládají se

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

- nepředpokládají se

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 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