



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 třísle 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 %)
- Retroperitoneální krvácení (2 %).
- Arteriovenózní píštěl v třísle (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.