



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 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE A DRENÁŽ ŽLUČOVÝCH CEST

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 metody je obnovení odtoku žluči z jater do dvanáctníku a střev přes zúžený, nebo uzavřený žlučovod.

V místním znecitlivění přes kůži a játra zavedeme tenkou jehlu do nitrojaterních žlučových cest. Zobrazíme žlučové cesty kontrastní látkou a následně umístíme pomocí tenkého zaváděcího drátu (vodiče) cévku přes žlučové cesty do střeva, čímž obnovíme odtok žluče z jater do trávicího systému. V některých případech je nezbytné žlučové cesty rozšířit balónkovou cévkou nebo vnitřní kovovou protézou (stentem). Při dlouhodobé drenáži žlučových cest obvykle používáme cévku, kterou uzavíráme gumovým terčíkem na povrchu těla.

3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- Bolest v průběhu vyšetření, nebo krátce po vyšetření.
- Alergie na kontrastní látku u pacientů s předem neznámou alergickou anamnézou.
- Nevolnost a třesavka.
- Krvácení (při možném poranění jaterní nebo vrátnicové žíly a hlavně jaterní tepny).
- Odtržení části zaváděcího drátu (vodiče).
- Dislokace nebo ucpání drenážní cévky, ucpání zavedené kovové protézy.
- Zánět v místě zavedené cévky na kůži.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

Nejsou žádná alternativní řešení, jen ojediněle možnost chirurgické rekonstrukční operace žlučovodů.

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:

- vyplývají ze základního onemocnění

Předpokládaná doba hospitalizace:

- záleží na klinickém stavu a základním onemocnění

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

- záleží na klinickém stavu a základním onemocnění

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- Vždy závisí na průběhu základního onemocnění.
- Při dlouhodobé drenáži zvýšená péče o místo punkce a zavedený drén.
- Vyloučit těžkou tělesnou zátěž.
- Pravidelné kontroly u lékaře.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- detto

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

- Klid na lůžku minimálně 12 hodin, jinak dle celkového klinického stavu.

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 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, 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:

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.