



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 ANGIOGRAFIE, INTRAKAROTICKÝ BARBITURÁTOVÝ TEST

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

- Farmakorezistentní epilepsie

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

Angiografie je speciální rentgenové vyšetření cév s použitím kontrastní látky. Velice úzký katétr (trubička) je zaváděn nejčastěji přes třísko (výjimečně z jiného přístupu) do stehenní cévy a poté cíleně do cév, které mají být vyšetřeny. Katétrelem se aplikuje kontrastní látka a jejím prostřednictvím se zobrazí průběh těchto cév na rentgenovém záznamu.

Následně je do jedné vnitřní krkavice podáno malé množství krátkodobě působícího barbiturátu (přípravek obsahující účinnou látku methohexital), které navodí „uspání“ příslušné části mozku, a umožní testování řečových a paměťových funkcí jeho zbylé části. Po dobu několika minut nemůže pacient pohybovat končetinami na jedné straně, může být přítomna porucha řeči nebo zorného pole a někdy i krátká částečná porucha vědomí. Tyto projevy po několika minutách (obvykle do 5 až 10 minut) zcela vymizí. Testování se pak provede obdobným způsobem v oblasti druhé vnitřní krkavice.

Po výkonu bude proveden stisk místa vpichu do zástavy krvácení. Pak pacient setrvá na lůžku s tlakovým obvazem místa vpichu po dobu doporučenou lékařem.

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

- Komplikace v místě vpichu (krvácení, modřina, infekce, nepravá výduť).
- Uzávěr přístupové cévy.
- Úplný uzávěr průsvitu vyšetřované 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.

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

Aby se minimalizovalo riziko vzniku těchto lokálních komplikací, je nezbytné uposlechnout doporučení lékaře. Mortalita (úmrtnost) je při angiografii obecně asi 0,1% (t.j. 1 pacient z 1000) a závažné komplikace se vyskytují asi u 2 % pacientů. V případě neakutních výkonů ve skupině pacientů pod 60 let věku jsou tato rizika výrazně nižší.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

Funkční MR vyšetření (omezená výpovědní hodnota)

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 základní diagnóze a celkovém klinickém stavu pacienta.

Předpokládaná doba hospitalizace:

- 1 den – v závislosti na celkovém klinickém stavu pacienta

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

- 1 den – v závislosti na celkovém klinickém stavu pacienta

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- 1 den – v závislosti na celkovém klinickém stavu pacienta

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- v závislosti na celkovém klinickém stavu pacienta

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

- Alespoň jeden den klid na lůžku a dostatečný přísun tekutin. Pacientovi může být doporučena trvalá medikamentózní léčba a pravidelné kontroly lékařem.

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:

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřeně 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