Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM
PODÁNÍ LOKÁLNÍ TROMBOLÝZY

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

- Uzávěr cévy krevní sraženinou.

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

- Trombolýza je speciální rentgenový výkon s použitím léčiva a kontrastní látky. Velice úzký katétr (trubička) je zaváděn nejčastěji přes třísloto do stehenní cévy (výjimečně z loketní jamky, či jiného přístupu) a poté cíleně do cév s krevními sraženinami. Katétrem se vstříkne rentgen kontrastní látka, která zobrazí rozsah sraženin na rentgenovém záznamu. Následně je přímo do oblasti sraženiny aplikován lék, který ji má rozpustit. Po rozpuštění sraženiny lékař zhodnotí stav cév a může být provedena navazující angioplastika.

3. Rizika zdravotního výkonu:

Zejména mohou nastat tato zdravotní rizika:

- komplikace v místě vpichu (krvácení, modřina, infekce, nepravá výduť),
- uzávěr přístupové cévy,
- krvácení ze starších ran, krvácení do zažívacího traktu,
- mozkové krvácení,
- úplný uzávěr průsvitu ošetřované 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.

Aby se minimalizovalo riziko vzniku těchto lokálních komplikací, je nezbytné uposlechnout doporučení lékaře.
Závažné komplikace se vyskytují asi u 7 % pacientů.
Mortalita (úmrtnost) při tomto výkonu je asi 0,5 % - 1 %.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Chirurgické odstranění krevních sraženin (v některých případech neexistuje).

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 místě a cévě, která je sraženinou postižena.

Předpokládaná doba hospitalizace: nejméně 2 dny.

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

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: trvalá navazující medikamentosní léčba.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: po provedeném výkonu pacient setrvá na lůžku JIP po dobu doporučenou lékařem.

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

- Během a bezprostředně po výkonu klid na lůžku.

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.

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: ....…….…….…….……

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 přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.