



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 ENDOMYOKARDIÁLNÍ BIOPSIE

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

- Onemocnění srdce, u něž nelze bez mikroskopického hodnocení odebraného vzorku srdeční tkáně stanovit přesnou diagnózu.

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

- Endomyokardiální biopsie je odběr vzorků srdeční tkáně z pravé komory srdeční. Tyto vzorky jsou posouzeny specialistou na mikroskopické hodnocení postižených tkání. Tato analýza může vést k zpřesnění nebo přímo k určení diagnózy Vašeho srdečního onemocnění a tím i jeho následné léčbě.
- Výkon se provádí na katetrizačním sále. Během výkonu budete při vědomí. Za sterilních podmínek Vám po lokálním znecitlivění zavedeme vpichem do krční žíly speciální katétr, zvaný bioptom. Tento nástroj zavádíme do pravé komory, jeho pozici kontrolujeme pomocí rentgenu, případně ultrazvuku. Pomocí bioptomu Vám odebereme několik malých vzorků srdeční tkáně. Po skončení výkonu Vám katétr z krční žíly odstraníme a Vy se budete moci volně pohybovat. Výkon trvá cca 15 minut, jeho provedení není většinou bolestivější než běžná injekce do žíly.

3. **Rizika zdravotního výkonu:**

- Zejména:
 - alergická reakce na znecitlivující léčiva,
 - poranění katetrizované žíly nebo tepny s rizikem krvácení a/nebo trombózy těchto cév,
 - uplavání žilního katétru či jeho části krevním proudem,
 - infekce měkkých tkání v okolí katétru a infekce vlastního katétru,
 - proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny - pneumothorax,
 - nebo proniknutí vzduchu do osrdečnickové dutiny - pneumoperikard,
 - vzácná je možnost poranění srdečních struktur s krvácením do srdečních obalů a s následným vývojem tamponády, extrémně vzácně s nutností kardiokirurgické revize, riziko srdečních arytmií.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- Mikroskopickou analýzu srdeční tkáně neposkytuje žádná jiná vyšetřovací metoda.

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:**

- Výkon neomezuje obvyklý způsob života ani nemění zdravotní stav.

Předpokládaná doba hospitalizace: 1 – 2 dny.

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

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: jsou dána základním onemocněním, ne provedeným zákrokem.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: v souvislosti se samotným zákrokem se nepředpokládají

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

- Dle výsledků vyšetření budete případně pozván/a k ambulantní kontrole na naše pracoviště.

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