



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 FARMAKOLOGICKÝ UZÁVĚR POSTPUNKČNÍHO PSEUDOANEURYSMATU PŘÍMOU APLIKACÍ TROMBINU

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

- Pseudoaneurysma – nepravá tepenná výduť (výron krve, který komunikuje s neuzavřenou cévou).

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

- Pseudoaneurysma (nepravá tepenná výduť) je komplikací, která může vzniknout v místě punkce (vpichu) do tepny. Jedná se o výron krve, komunikující s neuzavřenou cévou. Pseudoaneurysma je možno ošetřit speciálním léčebným postupem, při kterém je do místa komunikace v cévě aplikován trombin. Trombin způsobuje ucpání otvoru ve stěně cévy. Výkon se provádí v místním znecitlivění za sterilních podmínek. Do místa komunikace v cévě se trombin aplikuje pod ultrazvukovou kontrolou tenkou jehlou.
- Po výkonu následuje klinická a ultrazvuková kontrola průchodnosti cévního řečiště, přiložení kompresivní bandáže na ošetřenou oblast a zhruba čtyřhodinový klid na lůžku s kompresí v třísele. Poté se pacient při uspokojivém klinickém nálezu může postavit a začíná chodit. Následující den je provedena ultrazvuková kontrola k vyloučení možného opětovného zprůchodnění nepravé výdutě. Při příznivém výsledku výkonu může být propuštěn domů.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Zejména:
 - přestup většího množství trombinu do tepenného řečiště s následným akutním tepenným uzávěrem (a nutností trombolytické nebo chirurgické léčby),
 - aplikace trombinu do žilního řečiště s následnou hlubokou žilní trombosou,
 - alergická reakce na podanou látku.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- chirurgické řešení (revize tříselné oblasti se sešitím punktované tepny a vyprázdněním krevního výronu),
- ultrazvukem kontrolované stlačení krčku pseudoaneurysmatu,
- výjimečně katetrizační řešení (překrytí krčku pseudoaneurysmatu speciální výztuží - stentgraftem).

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:*

- V případě příznivého klinického a ultrazvukového nálezu v den po léčebném výkonu může být pacient propuštěn z nemocniční péče (nejsou-li jiné důvody k hospitalizaci).

Předpokládaná doba hospitalizace: závisí na základní diagnóze, ošetření nepravého aneurysmatu samotné znamená cca 3 denní hospitalizaci.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 týden.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: 2 dny po výkonu by pacient měl omezovat dobu, kdy sedí, může chodit, po dobu 2 týdnů od léčebného výkonu by pacient měl omezit aktivity spojené s namáháním třísel, krčením končetiny v třísele.

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):*

- Viz bod 5.

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