



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 KATETRIZAČNÍ VYŠETŘENÍ PERIFERNÍCH TEPEN

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

- Diagnostika (angiografie) a eventuální léčba (angioplastika) zúžení periferní tepny.

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

- Výkon se provádí v místním znecitlivění. Po vpichu do stehenní tepny v pravém třísele (event. v levém třísele) se zavádí do cílové tepny tenká cévka a vstříkne rentgen-kontrastní látka, která znázorní celý průběh tepny a umožní určit přesnou lokalizaci a významnost zúžení tepny. Pokud bude zúžení tepny významné, provede Vám lékař balónkovou angioplastiku. Tříselem z místa punkce Vám bude zaveden další katétr, na jehož konci je sfouknutý balónek. Pod kontrolou rentgenu lékař umístí balónek do místa zúžení, na několik vteřin jej nafoukne a současně implantuje do místa zúžení drátěnou trubičku (tzv. „stent“), která brání opětovnému zúžení cévy. Vyšetření je nebolestivé, můžete cítit jen mírný tlak v místě vpichu. Během celého výkonu budete při vědomí, vleže na zádech, můžete mluvit s lékařem. Důležité je upozornit lékaře na jakékoliv potíže během výkonu.
- Po angiografii je na katetrizačním sále nebo na oddělení z třísle odstraněn zavaděč, po angioplastice se odstraňuje zavaděč s odstupem 6 – 8 hodin. Následuje stlačení místa vpichu po dobu cca 10 – 15 minut a naložení elastické bandáže třísle se zatížením „pytlíkem s pískem“ po dobu 5 – 10 hodin. Je nutné dodržovat klid na lůžku, ležet na zádech s nataženou dolní končetinou na straně vpichu, aby se zabránilo vzniku komplikace v třísele.

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

- embolie do mozku – může se projevit přechodnou poruchou vědomí, poruchou vidění, řeči nebo pohyblivosti končetin,
- embolie do periferní tepny s projevy akutní nedokrevnosti, s intenzivní bolestí a bledostí končetiny,
- komplikace v třísele – krvácení se vznikem modřiny nebo pseudoaneuryzmatu (falešné výdutě) a vznik píštěle,
- komplikace spojené s podáním kontrastní látky: alergická reakce, zhoršení funkce ledvin,
- neobvyklé komplikace: poruchy srdečního rytmu, poranění cévy, poranění nervu,
- výjimečnou komplikací je úmrtí během výkonu.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- Neinvazivní variantou vyšetření je ultrazvukové vyšetření.
- Alternativou angioplastiky je chirurgický výkon.

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 a pracovní schopnost ani zdravotní způsobilost.

Předpokládaná doba hospitalizace: Je-li důvodem hospitalizace plánované katetrizační vyšetření tepen, je doba hospitalizace 2 dny. V ostatních případech je doba hospitalizace závislá na diagnóze, vedoucí ke katetrizačnímu vyšetření.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 4 dny v případě plánovaného výkonu.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: samotný výkon po dimisi (propuštění z nemocnice) nijak neomezuje.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí na základní diagnóze.

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

- O další léčbě, preventivních opatřeních a poskytnutí kontrolních zdravotních výkonů lze rozhodnout až se znalostí výsledku katetrizačního vyšetření.

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