



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 UZÁVĚR OUŠKA LEVÉ SÍNĚ

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

- Fibrilace síní se zvýšeným rizikem tromboembolických komplikací při nemožnosti užívat antikoagulační terapii.

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

- Při fibrilaci síní je většina pacientů ohrožena vznikem krevní sraženiny v oušku levé síně, jejím následným uvolněním a ucpáním některé z tepen touto krevní sraženinou (embolizací). Embolizace má za následek nejčastěji cévní mozkovou příhodu, poruchu prokrvení dolních končetin nebo jiných orgánů (např. zažívacího traktu). Prevencí tvorby sraženin v oušku levé síně je podávání léků, které snižují srážlivost krve (tzv. antikoagulační léčba). Vedlejším účinkem této léčby je však zvýšené riziko krvácení. U pacientů s vysokým rizikem krvácení při antikoagulační léčbě je možno provést katetrizační uzávěr ouška levé síně. Tento výkon snižuje riziko embolizace bez současného zvýšení rizika krvácení tím, že se umělou „zátkou“ uzavře ouško levé síně, které je nejčastějším místem, kde se krevní sraženina při fibrilaci síní tvoří. Dlouhodobá léčba léky snižujícími srážlivost krve pak není nutná.
- Den před výkonem je nutné provedení jícnové echokardiografie k ověření tvaru ouška levé síně a vyloučení krevní sraženiny v srdečních dutinách.
- V den výkonu budete nalačno a budou Vám aplikována do žíly antibiotika. Výkon je prováděn na katetrizačním sále v celkové anestezii, která je vedena lékařem anesteziologem. Poté, co budete uveden/a do celkové anestezie, bude zavedena jícnová echokardiografická sonda ke kontrole prováděného výkonu. Vpichem z třísla bude do srdce zavedena tenká trubička (katétr) a bude provedeno propíchnutí tenké mezisíňové přepážky z pravé síně do levé. Následně budou podány léky ke snížení srážlivosti krve jako prevence vzniku krevních sraženin v průběhu výkonu. Zavedeným katétreem je pak do oblasti ouška levé síně umístěn drobný dvojité disk spletený z tenkého drátku, který uzavře vstup do ouška levé síně. Výkon je po celou dobu kontrolován rentgenovým zářením a současně prováděným jícnovým echokardiografickým vyšetřením.
- Po výkonu, který trvá obvykle cca 90 min, Vám bude katétr v tříslu ponechán po dobu 6 hod., než dojde k normalizaci srážlivosti krve. Následně bude katétr z třísla odstraněn a bude provedena komprese místa vpichu obvykle po dobu 4 – 6 hod. Po celou dobu od výkonu do ukončení komprese místa vpichu je nutno ležet na zádech s nataženou dolní končetinou na straně vpichu, aby se zabránilo vzniku komplikace v tříslu.
- Cílem výkonu je snížení rizika cévní mozkové příhody a embolizace do tepen při současné možnosti vysazení protisrážlivé (antikoagulační) léčby a tím snížení rizika krvácení.

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

- alergická reakce na znečitlivující léčiva,
- poranění katetrizované žíly nebo tepny s rizikem krvácení, anebo ucpání těchto cév sraženinou,
- infekce měkkých tkání v okolí katétru,
- uplávání žilního katétru či jeho části, uplávání okludéru,
- vzácná je možnost poranění srdečních struktur s krvácením do srdečních obalů a s následným vývojem tamponády, extrémně vzácně s nutností kardiochirurgické revize,
- cévní mozková příhoda,
- riziko srdečních arytmií během výkonu.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Kardiochirurgický 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:**

*Předpokládaná doba hospitalizace:* 3 dny.

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

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* po dimisi (propuštění z nemocnice) nejsou.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* závisí na základním onemocnění.

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

- Po propuštění z nemocnice budete po stanovenou dobu (obvykle 6 měsíců) užívat duální antiagregační léčbu (tj. léky na ředění krve) a dodržovat zásady profylaxe infekční endokarditidy (zánětu nitroblány srdeční a chlopní). Při propuštění budete pozván/a za cca 3 – 4 měsíce na kontrolní ambulantní vyšetření včetně jícnové echokardiografie.

**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 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<sup>\*</sup> /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

**Podpisová doložka svědka:**

..... Způsob, jakým pacient projevil vůli

Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

..... Podpis svědka

Jméno a příjmení svědka

<sup>\*</sup> 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.