



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 ZAVEDENÍ INTRAORTÁLNÍ BALONKOVÉ KONTRAPULZACE (IABK)

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

- Selhání srdce.

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

- Vzhledem k současnému zdravotnímu stavu je zapotřebí zavést Vám (Vámi zastupované osobě) katétr (kanylu) přes stehenní tepnu do hrudní části aorty. Na konci tohoto katétru je balón, který se nafukuje v hrudní aortě v součinnosti se srdeční aktivitou a pomáhá tak plnit funkci srdce jako pumpy. V určitém, přesně určeném časovém intervalu se balón nafoukne a vypudí krev, která se nachází okolo něj směrem k hlavě, a zároveň směrem k nohám, a tak zlepší dodávku krve do těchto oblastí. Tato metoda (IABK) se používá ve všech případech, kdy funkce srdce jako pumpy není dostatečná a hrozí nedostatečné prokrvení orgánů anebo v případech, kdy je v předstihu lepší zajistit vyšší dodávku krve, např. před některými perkutánními koronárními intervencemi. Zavedení IABK je prováděno v místním znečítlivění a není bolestivější než běžná injekce do žíly na periférii končetin, např. na předloktí. Po zavedení IABK bude nutné udržovat dolní končetinu v nataženém postavení, aby se předešlo případnému poranění stehenní tepny ve které je kanyla zavedena.
- Popis výkonu: po oholení kůže je místo pro zavedení katétru dezinfikováno a místně znečítlivěno. Punkční jehlou je do žíly zaveden zavaděč a po něm vlastní arteriální katétr (trubička zaváděná do tepny). Zavaděč je odstraněn, katétr je přichycen ke kůži 2 – 4 stehy a překryt sterilní fólií nebo jiným obvazem s označením doby zavedení. Zavedení katétru je prováděno pod RTG kontrolou v katetrizační laboratoři zkušeným zdravotnickým týmem. Místo zavedení arteriálního katétru je denně kontrolováno.
- Zavedení katétru IABK se provádí u pacienta v kritickém, život ohrožujícím zdravotním stavu s cílem stabilizovat nepříznivou oběhovou situaci.

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

- alergická reakce (na místní znečítlivění, na krycí materiál, na kontrastní látku),
- poranění stehenní tepny s krvácením nebo ucpáním tepny, vznikem nepravé výdutě,
- poranění stěny tepen, kterými je katétr veden včetně hlavní tepny v těle, aorty, s následným krvácením,
- uplávání zavaděče nebo katétru či jeho části krevním proudem do krevního řečiště,
- infekce měkkých tkání v okolí i vlastního katétru, zvláště při dlouhodobém zavedení,
- vznik kožní jizvy po zhojení místa vstupu žilního katétru.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Zavedení jiného přístroje podporujícího činnost srdce jako pumpy, tyto přístroje mohou mít stejné nebo horší komplikace, protože se používá stejná technika zavedení.

### 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:* přímo v souvislosti s tímto výkonem 1 den.

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* souvisí se základním onemocněním, nikoliv se zavedením katétru.

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* souvisí se základním onemocněním, nikoliv se zavedením katétru.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* souvisí se základním onemocněním, nikoliv se zavedením katétru.

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

- Pravidelné kontroly okolí místa vpichu a místa zavedení katétru s ohledem na krvácení v okolí nebo zarudnutí. Po odstranění katétru se provádí komprese místa vpichu do zastavení krvácení. Následuje stlačení místa pomocí naložení elastické bandáže třísla se zatížením „pytlíkem s pískem“ po

dobu 5 až 10 hodin. Je nutné dodržovat klid na lůžku, ležet na zádech s nataženou dolní končetinou na straně vpichu, aby se zabránilo vzniku komplikace v třísle.

**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, uveďte 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:**

.....  
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....  
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....  
Jméno a příjmení svědka

.....  
Podpis 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.