



Klinika zobrazovacích metod 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 VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA / KAVÁLNÍHO FILTRU Z CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ

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

•

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

- Cílem je odstranit z cévního řečiště:
 - ☐ cizí těleso,
 - ☐ kavální dočasný filtr.
- V místním znecitlivění přístupem pravostrannou krční žílou, nebo tříselnou žílou, případně tříselnou tepnou zavedeme do cévního systému speciální cévku. Po zobrazení příslušného cévního řečiště zavedeme cévku k cizímu tělesu a pomocí speciálního extrakčního zařízení uchopíme cizí těleso nebo kavální filtr a tímto extrakčním zařízením jej přes umístěnou speciální cévku odstraníme z cévního systému a těla pacienta ven.
- Po odstranění cizího tělesa příslušnou cévu zkontrolujeme aplikací kontrastní látky. Po odstranění instrumentaria z těla punkční místo komprimujeme obvazem.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- Trombóza v místě vpichu (2 – 23 %).
- Krvácení v místě vpichu (5 %).
- Retroperitoneální krvácení (2 %).
- Arteriovenózní zkrat v místě vpichu (1 – 3 %).
- Dislokace a uvolnění již přítomného trombu v kaválním filtru.
- Trombóza dolní duté žíly po odstranění filtru v souvislosti s možným poraněním stěny dolní duté žíly.
- Nutnost ponechání filtru na místě v dolní duté žíle v souvislosti se změnou jeho pozice a tím nemožností jeho odstranění z těla (10 %).
- Zánětlivá komplikace – sepse.
- Alergická reakce na kontrastní látku u pacientů s dosud nepoznanou alergickou anamnézou.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Trvalé ponechání filtru v dolní duté žíle, nebo chirurgická extrakce z dolní duté žíly.

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: 1 den.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 – 2 dny.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: žádné.

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):*

- Vyvarovat se zvýšené tělesné námaze a úrazu či zvýšeného tlaku na dutinu břišní po dobu zavedení kaválního filtru, či bezprostředně po jeho odstranění.

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, 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.