

INFORMOVANÝ SOUHLAS

INTERVENČNÍ VÝKON NA ŽILNÍM ŘEČIŠTI HORNÍ KONČETINY

Vážená paní, vážený pane,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám (Vám svěřené osobě) doporučil ošetřující lékař **provedení intervenčního výkonu na žilním řečišti horní končetiny**. Podle právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás (Vám svěřené osoby) souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativách (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

Příprava k výkonu.

Výkon provádíme pouze za hospitalizace a to na angiografickém pracovišti. Při výkonu je nepřijatelné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat na lůžkovém oddělení šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla. Před vyšetřením s podáním jodové kontrastní látky do cévy u Vás **musí být provedena příprava podáním léků**. Většinou jde u dospělého o dvě tablety Dithiadenu, které spolknete dvě hodiny před vyšetřením, nebo Vám bude podána injekce Dithiadenu do svalů těsně před výkonem. Tuto dobu je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál AG pracoviště! V některých případech (vícečetná alergie u pacienta, alergie na jód atp.) o změně této přípravy rozhodne indikující lékař, nebo specialista podle daného medicínského problému.

Od půlnoci před výkonem nejezte a nepijte. Těsně před výkonem je vhodné se vymočit, pokud nemáte zavedenou cévku. Před výkonem je také nutné užít ranní medikaci na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu apod. Indikujícího lékaře upozorněte před AG vyšetřením na **poruchy funkce ledvin, alergii, poruchu srážlivosti krve, užívání léků proti srážení krve, cukrovku nebo onemocnění štítné žlázy**. Tento lékař je v rámci přípravy k výkonu povinen zajistit v součinnosti s Vámi v náležitém předstihu speciální režim přípravy. V případě **virového onemocnění jater a nemoci AIDS** nás prosím před vyšetřením informujte.

Průběh výkonu.

Jedná se o miniinvazivní výkon, při kterém se pomocí speciálních katetrů (cévek) a stentů (kovových výztuží) zaváděných do lumen (vnitřku) žíly, případně žil přívádějících krev z horních končetiny k srdci, snažíme tuto, resp. tyto, znovu zprůchodnit. Během výkonu je podávána kontrastní látka do cévního řečiště za kontroly rentgenového záření k přesnému určení místa uzávěru či zúžení a kontrole případných komplikací výkonu. Přístup do cévního řečiště je převážně cestou pažní žíly, případně stehenní žíly. Výkon se provádí v místním znecitlivění, nápich žíly často pod sonografickou kontrolou. Při vstřikování kontrastní látky můžete uvnitř těla pociťovat teplo.

Radiodiagnostické oddělení

Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem angiografického pracoviště, tj. leželi v klidu, zadrželi dech a prováděli další jednoduché úkony. Délka vyšetření se většinou pohybuje od 60 minut do 2 dnů. Vždy je podáván též Heparin pro zamezení srážení krve při výkonu, jeho množství odvisí od délky zákroku.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu.

Metoda není zcela bez rizik. Úmrtí v souvislosti s výkonem je velice vzácné. Metoda využívá k vyšetření **rentgenového záření**. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. V případě těhotenství vyšetřované osoby může však dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj. Při výkonu se podává do cévy kontrastní látka, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornil (a) jak indikujícího lékaře, tak personál AG pracoviště, že máte **alergii** jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější. Při zhoršených ledvinných funkcích může dojít v souvislosti s podáním jódové kontrastní látky k dalšímu prohloubení **ledvinné nedostatečnosti**, čemuž lze zabránit dostatečným zavodněním před a po výkonu a použitím nízkoosmolární kontrastní látky. Komplikace v místě vstupu do cévního systému jsou vzácné, nejčastější je krevní výron, méně časté pak infekce, cévní uzávěry a zkraty mezi tepnou a žílou. Komplikace při vlastním výkonu jsou vzácné. Výjimečné je uvolnění krevní sraženiny a embolie do plicnice. Možnou komplikací v souvislosti s podanou látkou pro rozpuštění krevní sraženiny je krvácení jak v místě přístupu do žilního řečiště, tak i na jiných místech v organismu, např. krvácení do mozku nebo dutiny břišní např. při vředové chorobě žaludku a dvanácterníku. Tyto komplikace mohou být velmi závažné a obtížně řešitelné. Výkon může v některých případech trvat i více dní, při nutnosti zavedení stentu (výztuže) je někdy nutné výkon provést ze stehenní žíly.

Chování po výkonu, možná omezení.

Vstupní kanyla Vám bude odstraněna ještě na AG pracovišti anebo na oddělení, kde jste hospitalizován/a. Poté bude nutné setrvat na lůžku alespoň 4 hodiny. Klid u lůžka je nutné dodržovat 24 hodin po výkonu. Dodržováním těchto pokynů předejdete komplikacím v místě výkonu, jako jsou např. krevní výron do podkoží a krvácení z místa vpichu. Je dále nutné co nejdříve po návratu z angiografického vyšetření na lůžkové oddělení začít hodně pít a je vhodné požit do večera tekutiny v množství 2 až 3 litry (nejste-li dialyzován/a) vzhledem k podání kontrastní látky, která se vylučuje ledvinami. Nejste-li léčeni pro cukrovku, je vhodné po výkonu ještě 4 hodinové lačnění. Máte-li cukrovku, lze po návratu na oddělení podat jídlo dle doporučení ošetřujícího lékaře s podáním příslušné dávky insulínu anebo ústy podávaných přípravků pro léčbu cukrovky.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

- By/la jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu). Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním

Radiodiagnostické oddělení

- předpisům).
- Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.
 - Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.
 - Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.
 - Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby. Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).
 - Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)
 - Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života. V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

V Plzni dne:

.....
příjmení, jméno, titul pacienta(zákonného zástupce)

Podpis: