

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu

Plánovaný výkon:

ANGIOGRAFIE

Jméno a příjmení pacienta: RČ:

Seznámení provádějící lékař:

Jméno a příjmení zákonného zástupce*:

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu, a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
- možné omezení volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

Prohlašuji,

- že jsem byl seznámen se všemi způsoby možné léčby mého onemocnění a o jejich rizicích a uvědomuji si, že určitá rizika existují při každé léčbě a že je nelze vždy přesně určit,
- že souhlasím s provedením zvoleného způsobu zdravotního výkonu stejně jako s nutnými vyšetřeními a vedlejšími výkony. Jsem srozuměn s případnými možnými změnami v léčbě nebo možným rozšířením zákroku,
- že pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři,
- že 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,
- že souhlasím s nezbytným omezením volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi.

Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.**

V Kyjově, dne:.....

čas:.....

podpis:
pacient (zákonný zástupce).....
*seznámení provádějící lékař***V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:**

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:.....

jméno a příjmení svědka:.....

podpis:.....

**vyplní se v případě, že pacienta zastupuje zákonný zástupce*

Příloha k informovanému souhlasu

Vážená paní, vážený pane,

bylo Vám navrženo provedení níže uvedeného zdravotního výkonu. Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osoby týkají.

1. Název výkonu: ANGIOGRAFIE**2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Angiografie je invazivní rentgenové vyšetření zobrazující krevní cévy podáním jodové kontrastní látky (KL) do tepny. Vyšetření umožní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované cévě, jejich větvích a jimi zásobené oblasti.

3. Průběh zdravotního výkonu:

Vzhledem k podání KL do tepny je u rizikových pacientů nutná premedikace, kterou zajišťuje Váš odesílající event. ošetřující lékař. Před a po vyšetření Vám provedeme sérii laboratorních testů, abychom minimalizovali riziko komplikací. Výkon se provádí v místním znecitlivění a je minimálně bolestivý. Do tepny je zavedena speciální jehla, touto jehlou zavaděč a po zavaděči katetr (tenká plastová hadička). Katetrem je do tepny (intraarteriálně) vpravena KL a je zhotovena snímková dokumentace. Počet snímků není standardní a rozhodující je odhalení případných patologických odchylek na cévním řečišti (např. zúžení, uzávěr, výduť, zobrazení pooperačních cévních rekonstrukcí, zásobení nádorů apod.). Po vyšetření je lékařem odstraněn katetr a místo, kudy byl zaveden, je stlačeno na dobu nutnou k zastavení krvácení a minimalizaci vzniku komplikací (celkově kolem 20 minut).

4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:

Možné komplikace punkce: ruptura (prasknutí) tepny spojená s krevním výronem, poškození tepny a vznik pseudoaneuryzmatu (falešná výduť) či píštěle (spojení) mezi tepnou a žilou, zánět tepny či okolí místa vpichu, vznik krevní sraženiny ucpávající tepnu (trombóza), odplavením části krevní sraženiny či odlomením části katetru může dojít k embolii (vmetnutí) do periferie tepenného řečiště (nutná další léčba či zákrok).

Možné vedlejší účinky při podání KL: pocit sucha v ústech, pocit tepla, tlak v okolí močového měchýře, zvýšený tlak krve do hlavy.

Možné projevy alergické reakce po podání KL:

- lehké (častější): nevolnost, zvýšená sekrece hlenu v dýchacích cestách, skvrny na kůži,
- střední (méně časté): bušení srdce, bolest na hrudi, pokles krevního tlaku, zvracení, dýchací potíže, otoky,
- těžké (vzácné): kardiovaskulární selhání, šok, smrt.

Rizika spojená s ozářením: poškození molekuly DNA, vznik zhoubných nádorů a genetických změn (vrozené vývojové vady u plodu), lokální účinky na kůži. Lékaři i radiologičtí asistenti vždy použijí jen nezbytně nutnou dávku záření.

5. Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a zdravotní způsobilosti:

Pacient je do druhého dne hospitalizován na lůžkovém oddělení.

6. Údaje o dalším postupu a režimu po provedení výkonu:

Po vyšetření, pokud nenastanou komplikace, budete transportováni zpět na oddělení a kontrolu nad Vaším zdravotním stavem již zajistí ošetřující lékař. Pacient zůstává zbytek dne na lůžku v poloze vleže. Další asi 4 hodiny po vyšetření je místo vpichu stlačeno pytlíkem naplněným pískem. Důležité je také doplnění tekutin, které usnadní vyloučení KL ledvinami (prevence poškození ledvin). Odborný dohled je nutný alespoň do druhého dne hospitalizace (již zmíněné laboratorní testy, kontrola místa vpichu, kontroly krevního tlaku atd.).

7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:

Ultrazvuk, CT (výpočetní tomografie), MRI (magnetická rezonance).

8. Další:

Nahlaste, prosím, všechny Vaše **alergie** včetně bronchiálního astmatu ošetřujícímu lékaři nebo ošetřujícímu personálu. Některé z nich mohou být rozhodující pro výběr KL nebo další premedikaci před vyšetřením.

U žen v reprodukčním věku:

Svým podpisem na straně č. 1 tohoto dokumentu stvrzuji své prohlášení, že nejsem těhotná či není pravděpodobné, že bych mohla být těhotná, a jsem si vědoma případných rizik plynoucích z ozáření plodu.