VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ODSTRANĚNÍ NEPRAVÉ VÝDUTĚ TEPNY

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Cílem výkonu je odstranit falešnou výduť (dutinu částečně vyplněnou krevní sraženinou s přímou komunikací s tepenným systémem), tím upravit proudění krve cévním řečištěm nebo cévní rekonstrukcí (např. bypassem) a zabránit dalšímu narůstání výdutě, jejímu prasknutí a krvácení. Dalšími riziky přítomnosti falešné výdutě je zejména možnost vmetení části krevní sraženiny z vaku výdutě do tepenného systému (embolie) s poruchou krevního zásobení končetiny, útlak doprovodné žíly s možností vzniku hluboké žilní trombózy a rizikem plicní embolie, útlak okolních nervů projevující se bolestí, poruchou hybnosti a / nebo čití končetiny.

Rizikem operačního výkonu je porucha hojení a/nebo infekce operační rány, nežádoucí nahromadění tekutiny v operační ráně, krvácení, hluboká žilní trombóza, uzávěr cévní rekonstrukce s nutností operačního výkonu, infekce cévní protézy s nutností její operačního vyjmutí, amputace končetiny, poranění nervů, cév, krvácení.

V důsledku provedeného chirurgického výkonu může být v pooperačním období nutné podání krevních převodů, může být přítomna bolest operačních ran, omezená hybnost končetin, otoky končetin, mohou se objevit nežádoucí účinky léčiv, alergické reakce a reakce po provedených krevních převodech, může dojít ke zhoršení stávajících onemocnění (cukrovka, onemocnění ledvin, plic aj.), onemocnění zažívacího traktu, může se objevit pooperační infekce (plicní aj.), srdeční selhání, cévní mozková příhoda, vzácně úmrtí.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou chirurgického řešení je uzávěr falešné výdutě aplikací látky srážející krev vpichem do výdutě pod ultrazvukovou kontrolou. Tato metoda se provádí ambulantně, je méně zatěžující a provádí se v místní anestézii. Tato metoda je spojena s nižším rizikem výskytu ranných komplikací, vyžaduje několikahodinový klid na lůžku a umožňuje časné propuštění pacienta. Limitací metody jsou anatomické poměry a vhodný nález na ultrazvukovém vyšetření.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operace probíhá v kombinované anestézii (podrobně viz souhlas s anestezií). Operační rána je v místě falešné výdutě. Zrušení falešné výdutě se provádí zašitím tepny a odstraněním vaku výdutě, případně odstraněním části tepny a její náhrada cévní protézou nebo žílou pacienta. Po výkonu je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče nebo standardním oddělení dle aktuálního stavu.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Pooperačně je možný otok končetiny, který ve většině případů odezní do několika týdnů. Častým průvodním jevem je bolestivost operační rány, možné jsou pocity brnění či výpadky citlivosti na operované končetině. Doporučujeme dodržování zásad sekundární prevence, tedy odstranění a léčbu

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

všech rizikových faktorů způsobujících vznik aterosklerózy. Jedná se zejména o zákaz kouření, léčbu cukrovky a vysokého krevního tlaku. V závislosti na základním onemocnění doporučujeme trvalé užívání acetylsalicylové kyseliny eventuálně jiných léků snižujících krevní srážlivost a léků snižujících hladinu tuků v krvi.

Další potřebná léčba:

Další případné výkony se odvíjejí od pooperačního průběhu a komplikací. Doporučujeme pravidelné kontroly u cévního chirurga, praktického lékaře a kontrolní ultrazvuková vyšetření operované cévy.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka