**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):**

| | | |
|---|---|---|
| **FEMORO-POPLITEÁLNÍ BYPASS PROXIMÁLNÍ (PŘEMOSTĚNÍ Z TŘÍSLA NAD KOLENNÍ ŠTĚRBINU)** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |
| **FEMORO-POPLITEÁLNÍ BYPASS DISTÁLNÍ (PŘEMOSTĚNÍ Z TŘÍSLA POD KOLENNÍ ŠTĚRBINU)** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |
| **FEMORO-KRURÁLNÍ BYPASS (PŘEMOSTĚNÍ Z TŘÍSLA NA LÝTKO)** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |
| **PEDÁLNÍ BYPASS (PŘEMOSTĚNÍ Z TŘÍSLA NA NOHU)** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |

☐ **UMĚLÁ CÉVNÍ NÁHRADA**
☐ **AUTOLOGNÍ ŽÍLY (ŽÍLY ODEBRANÉ Z DOLNÍ KONČETINY PACIENTA)**
☐ **ALLOGENNÍ TEPNY NEBO ŽÍLY (CÉVNÍ TRANSPLANTÁT ZÍSKÁNY OD DÁRCE)**

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Cílem výkonu je přemostění zúžené nebo uzavřené povrchní stehenní tepny (ev. podkolení tepny, bércové tepny.

Přemostění (bypass) postižené oblasti vede ke zlepšení prokrvení dolní končetiny a k odstranění či zmírnění pacientových obtíží ve smyslu prokrvení končetiny.

S výkonem se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnižší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek.
Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení.

Rizikem zdravotního výkonu může být zejména porucha hojení operační rány v třísle, na stehně nebo lýtku nebo po odebrané žíle, infekce či porušení celistvosti operační rány, nahromadění mízy v operační ráně s nutností dalšího operačního výkonu, infekce umělého cévního bypassu (vzácně i autologní či allogenní rekonstrukce) s nutností jeho odstranění, pooperační krvácení z anastomózy (spojky) nebo žilního bypassu vyžadující akutní chirurgický výkon, uzávěr rekonstrukce (náhrady), amputace končetiny, poranění nervů, cév.

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

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
|---|---|

pooperační infekce (v operační ráně, plicní aj.), srdeční selhání, cévní mozková příhoda, vzácně úmrtí.

**Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**

Alternativou chirurgického výkonu je konzervativní terapie (léčba bez operace), jejímž cílem je důsledná sekundární prevence ateroskleróz, tedy zejména odstranění všech rizikových faktorů ateroskleróz, důsledná kontrola cukrovky a vysokého krevního tlaku, zákaz kouření, užívání léků snižují krevní srážlivost, statinů (léky snižující hladinu cholesterolu), trénink chůze. Tato léčba není zatížena možnými komplikacemi spojených s chirurgickým výkonem, nemusí být však účinná u každého pacienta. Další alternativou je katetrizační ošetření zúžené nebo uzavřené tepny. Toto je zatíženo menší zátěží pro pacienta, výkon lze provést i v místní anestesii s kratší dobou hospitalizace, hlavní limitací jsou anatomické nálezy (výkon lze provést jen při určitých nálezech, obecně v případě méně rozsáhlého postižení tepen), možnou komplikací je krvácení z místa vpichu, krvácení v místě ošetřované tepny, disekce tepny (natržení a průnik krve stěnou tepny), časný nebo pozdní uzávěr rekonstrukce.

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

Výkon probíhá v kombinované anestesii (viz souhlas s anestesií). Operační rány jsou v třísle a nad kolenem / na bérci či noze, v případě odběru žilního štěpu na stehně eventuálně i na bérci. Postižená část tepny bude přemostěna tzv. bypassem pomocí umělé cévní náhrady, autologní žíly nebo štěpu od dárce. Ve zdůvodněných případech Vám může být přímo na operačním sále provedeno kontrolní angiografické vyšetření (nástřik kontrastní látky do cév a jejich zobrazení rentgenem) k průkazu průchodnosti rekonstrukce a výkon může být eventuálně doplněn o angioplastiku v průběhu operace (roztažení balónkem s / bez implantace kovové výztuže - stentu) dalšího zúženého místa cévního řečiště (tzv. hybridní výkon). Další průběh je dán aktuálním stavem pacienta, většinou následuje hospitalizace na standardním oddělení s pravidelnými kontrolami operační ran, průchodnosti rekonstrukce, laboratorní kontroly, časná rehabilitace a péče o defekt na končetině (je-li přítomen).

**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 pravidelnou chůzi, dodržování zásad sekundární prevence ateroskleróz - zákaz kouření, kompenzace a důsledná léčba cukrovky a vysokého krevního tlaku. Dále doporučujeme trvalé užívání acetylsalicylové kyseliny eventuálně jiných léků snižujících krevní srážlivost a léků snižujících hladinu krevních tuků.

**Další potřebná léčba:**

Další případné výkony se odvíjejí od pooperačního průběhu a komplikací. Doporučujeme pravidelné kontroly u cévního chirurga, kontroly u internisty a praktického lékaře. Ultrazvukové vyšetření tepen nebo cévních rekonstrukcí.

**Poznámka:**
Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
|---|---|

**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