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):

ZRUŠENÍ ARTERIO-VENÓZNÍ PÍŠTĚLE
(PATOLOGICKÉ KOMUNIKACE MEZI TEPNOU A ŽÍLOU)

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Cílem operačního výkonu je zrušit komunikaci mezi tepnou a žílou nejčastěji vzniklou v souvislosti s předchozí katetrizací (zavedení speciálního katetru do cévy v třísle z vpichu). Při takové komunikaci je přetěžován krevní oběh i srdce, což může v budoucnu vyústit i v srdeční selhání.

V případě nástřiku cévy kontrastní látkou se s výkonem 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 při užití rentgenového záření, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení.

Rizikem zdravotního výkonu může být zejména porucha hojení operační rány, její infekce či rozpad rány, lymfokéla (hromadění lymfatické tekutiny v ráně) s nutností další operace, krvácení, pooperační otok a bolestivost operačních ran, cévní uzávěr, amputace.

Mezi obecná rizika operace patří zejména: poranění nervů, cév, krvácení s nutností krevních převodů, porucha hojení a bolest operačních ran, omezení hybnosti, otoky končetin, neurologické komplikace jako brnění, omezená pohyblivost končetiny, nežádoucí účinky léčiv jako průjem, zácpa, bolesti břicha, selhání jater, ledvin, plic, alergické a posttransfúzní reakce, zhoršení stávajících onemocnění (cukrovka, onemocnění ledvin, plic aj.), komplikace spojené se zažívacím traktem, pooperační infekce (ranné, plicní a jiné), srdeční selhání, cévní mozková příhoda, vzácně úmrtí.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

V případě přítomnosti významného zkratu nejde chirurgický výkon jinak nahradit. Při konzervativní léčbě (léčba bez operace) můžete být ohrožen/a zejména oběhovými komplikacemi (přetěžování srdce, srdeční selhání), možným rozvojem příznaků z poruchy prokrvení končetin (bolesti, defekty).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon probíhá v místní nebo kombinované anestezii (viz souhlas s anestezií). Řez Vám bude proveden v oblasti píštěle (nejčastěji v třísle). Píštěl bude zrušena a cévy ošetřeny zašitím. V určitých případech Vám může být přímo na operačním sále provedeno kontrolní angiografické vyšetření (nástřik kontrastní látky do cév a jejich zobrazení rentgenem) k průkazu průchodnosti cév nebo vyloučení přetrvávání komunikace.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Pooperačně je možný otok končetiny, který ve většině případů odezní do několika týdnů někdy měsíců. Častým průvodním jevem je bolestivost operační rány, možné jsou pocity brnění či výpadky citlivosti na operované končetině. Doporučujeme pravidelnou chůzi, zákaz kouření, úpravu cukrovky a krevního tlaku. Někdy je doporučeno trvalé užívání acetylsalicylové kyseliny eventuálně jiných léků snižujících krevní srážlivost a statinů (léky snižující hladinu tuků v krvi).

Další potřebná léčba:

Chirurgické kontroly v případě ranné infekce, pravidelné kontroly u cévního chirurga, ultrazvukové kontroly. Pravidelné kontroly u praktického lékaře. Další případné výkony se odvíjejí od pooperačního průběhu a komplikací.

Poznámka:

Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.

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