**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):**

| | | |
|---|---|---|
| **ZALOŽENÍ A-V ZKRATU K DIALÝZE POMOCÍ UMĚLÉ CÉVNÍ NÁHRADY (SPOJENÍ TEPNY S ŽÍLOU)** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |
| **ZALOŽENÍ A-V ZKRATU NA PAŽI S UŽITÍM ŽÍLY** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |
| **ZPRŮCHODNĚNÍ UZAVŘENÉHO ZKRATU S CÉVNÍ NÁHRADOU** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |
| **ODSTRANĚNÍ VÝDUTĚ NEBO VÝDUTÍ (NEÚMĚRNÉ ROZŠÍŘENÍ) NA ŽÍLE, PROTÉZE** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |
| **ODSTRANĚNÍ KRVÁCEJÍCÍCH DEFEKTŮ NA ŽÍLE** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |
| **ŘEŠENÍ INFEKCE ŽÍLY NEBO PROTÉZY** | ☐ **ANO** | ☐ **NE** |

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

ad 1. A-V zkrat s užitím cévní náhrady slouží k zavádění jehel do cévní náhrady pro potřebu dialýzy.

ad 2. Ke zkratu je použita vlastní žíla na paži, předloktí, ruce, která má lepší dlouhodobou průchodnost než užití cévní náhrady.

ad 3. Cílem je znovu obnovení průchodnosti stávajícího zkratu. 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.

ad 4, 5, 6. Odstranění výdutí na žíle zmenšuje riziko krvácení, srážení krve ve výdutích s následným uzávěrem zkratu.

Rizika celková: vyplývající ze stávajících chorob, alergická reakce, nežádoucí účinky léčiv, vzácně i úmrtí.

Rizika místní: poranění nervů, cév, porucha hojení rány, rozpad rány, infekce rány, infekce cévní náhrady, krvácení, uzávěr shuntu (zkratu), otok v okolí rány i možný otok končetiny, zhoršení prokrvení prstů ruky na operované končetině.

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

Zavedení žilního katétru (speciální hadička) do centrálního žilního řečiště (do hluboké žíly na krku nebo v třísle). Vážnou komplikací zavedeného katétru je pak zejména infekce, krvácení, uzávěr (trombóza) centrálních žil, vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny s omezením dýchání a nutným rychlým chirurgickým výkonem. Zavedení katétru je jen na přechodné období, než bude založen A-V zkrat a bude vhodný k použití. Další možností je použití peritoneální dialýzy (zavedení hadičky do

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

břišní dutiny), kdy je k očištění krve používána pobřišnice. V případě výdutí či defektů není alternativa k operačnímu řešení. Při prodlení hrozí komplikace, což je zejména infekce zkratu s masivním, život ohrožujícím krvácením, uzávěr zkratu nebo celotělová infekce ohrožující život pacienta.

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

Výkon probíhá ve svodné anestézii nebo analgosedaci, eventuálně i v celkové anestézii (viz souhlas s anestezií).

ad 1. Rány jsou umístěny podle předpokládaného výkonu. Cévní náhrada (protéza) je protažena podkožím a jeden konec protézy je našit ke straně tepny a druhý ke straně žíly dle jejich dostupnosti na předloktí, paži nebo dolní končetině.

ad 2. Basilická žíla na paži probíhá v hloubce, a proto je zapotřebí její celé uvolnění z dlouhého řezu na paži a poté její umístění do podkoží a našití na tepnu.

ad 3. Zprůchodnění protetického zkratu se provádí chirurgickým otevřením protézy, odstraněním sraženin, které jsou v protéze a je-li zapotřebí, provede se plastika čili rozšíření, buď ve spojení protézy s žilou, nebo ve spojení s tepnou, nebo v místě zúžení s užitím vlastí žíly nebo umělého materiálu. Po výkonu se pravidelně provádí kontrolní angiografické vyšetření (nástřik kontrastní látky do zkratu a jeho zobrazení rentgenem). Zprůchodnění nativního zkratu (bez cévní náhrady) se provede chirurgickým odstraněním sraženin a eventuálně i přešitím spojení žíly s tepnou s nebo bez plastiky.

ad 4, 5, 6. Nad postiženým místem se provede řez a odstraní se část rozšířené žíly, postižené protézy, krvácejícího nebo infikovaného místa a nahradí se novou protézou nebo žílou. U infikované protézy je někdy nutno odstranit celou protézu.

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

V bezprostředním pooperačním období je nutné šetření končetiny s našitým zkratem. Nevhodná je těžká fyzická práce, je nutno zamezit stlačení končetiny např. těsným oděvem, nesmí se zde měřit krevní tlak ani odebírat krev. Do zkratu se nesmí aplikovat žádné léky, kromě aplikací při dialýze (výjimku tvoří pacienti s hemofilií).

**Další potřebná léčba:**

Výkon probíhá při hospitalizaci na našem oddělení nebo na Nefrologické klinice nebo na Interním oddělení Strahov. Je zajištěna dialýza dle stavu a pravidelná kontrola do propuštění. Hospitalizace je krátkodobá 1 - 2 dny dle stavu. Během hospitalizace můžete výkon/y kdykoli odmítnout a při potřebě Vám budou podány doplňující informace o zdravotním stavu.

Další případné výkonyjk se odvíjejí od pooperačního průběhu a komplikací. Pravidelné kontroly na naší ambulanci jsou zajištěny dle výkonu a stavu. Dále jsou doporučeny pravidelné kontroly průchodnosti zkratu, ultrazvuková vyšetření, při nutnosti i vyšetření na RTG (rentgenovém) pracovišti, kde bude provedeno rozšíření zúženého místa speciálním balónkem (eventuálně i se zavedením stentu - kovové výztuže) zavedeným vpichem skrz vlastní zkrat, někdy skrz tepny v třísle nebo na paži. Je doporučena terapie protisrážlivými léky.

**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*