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):

PERIKARDEKTOMIE (ČÁSTEČNÉ ODSTRANĚNÍ PERIKARDU)

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

Odstranění perikardu (srdečního obalu) v co největším možném rozsahu. Jeho odstraněním dojde ke zlepší funkce srdce, vznikne více prostoru v mediastinální oblasti (mezihrudí) pro správnou funkci srdce, zároveň ke snížení rizika srdečního selhání z přetížení srdečních oddílů.

Mezi rizika operace srdce patří zejména: srdeční selhání, srdeční infarkt, poruchy rytmu s možnou potřebou podání elektrického výboje k nastolení normálního rytmu, výjimečně s nutností implantace trvalého stimulátoru. Dále se může vyskytnout krvácení vyžadující krevní převody a/nebo další akutní operaci. Porucha hojení a bolest operačních ran, omezení hybnosti, otoky dolních končetin, neurologické komplikace včetně dosud neznámých alergií, posttransfuzní reakce po podání krevní transfuze, zhoršení stávajících onemocnění (cukrovka, onemocnění ledvin, plic, aj), komplikace trávicího traktu, pooperační infekce (ranné, plicní, močové, srdce, aj.).

Během operace může dojít k poranění srdce a velkých cév, nervů, v případě komplikací nelze vyloučit nutnost použití mechanické srdeční podpory, tedy přístroje podporujícího nebo nahrazujícího svojí funkcí činnost srdce. Tyto podpory se zavádí do těla pacienta tepnami a žilami v třísle, na krku, pravé podklíčkové krajině, nebo přímo operační ránou v hrudníku.

Úmrtí během operace nebo časně po výkonu je nejzávažnější kompllikací spojenou s operací. Toto riziko je ovlivněno nejen povahou vlastního výkonu, ale i přidruženými chorobami a dalšími rizikovými faktory pacienta.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Konzervativní léčba, tedy léčba bez jakéhokoliv operačního výkonu, nepovede ke zlepšení funkce srdce a stav se bude pouze zhoršovat. Neodstraní rizika infekce a srdečního selhání.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon probíhá v celkové anestezii (podrobně viz souhlas s anestezií). Bude proveden podélný řez na hrudi (sternotomie) ve střední čáře. Výkon je prováděn bez použití mimotělního oběhu. Chirurg odstraní v co největším množství ztluštělý perikard způsobující omezení funkce srdce.

Na závěr výkonu je hrudní kost spojena pomocí drátěných kliček, které se v ráně ve většině případů ponechávají. Před koncem operace vyvede z operační rány 2-3 drény, které budou napojeny na aktivní sání.

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

Návrat do běžného života lze předpokládat po zhojení operačních ran, dokončení rehabilitace a nastavení léčby (minimálně 2 měsíce). Doporučujeme striktní dodržování režimových opatření (vynechání kouření, přizpůsobit stravovací návyky aj.).

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Zásadně doporučujeme dodržovat navrženu léčbu, užívání léků, dodržet plán vyšetření a pravidelné kontroly u praktického lékaře a kardiologa.

Další potřebná léčba:

Chirurgické kontroly kdykoliv v případě ranné komplikace, kardiologická kontrola na naší klinice měsíc po propuštění, dále dle potřeby a po dohodě s lékařem. Dále jsou nutné pravidelné kontroly u praktického lékaře a kardiologa v místě bydliště.

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

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

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a 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