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/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů):

ULTRAZVUKOVĚ VEDENÝ UZÁVĚR NEPRAVÉ VÝDUTĚ

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

V souvislosti s katetrizačním výkonem, který jste podstoupil/a, došlo ke vzniku místní komplikace – nepravé výdutě (pseudoaneurysmatu) nad tepnou, která byla volena jako přístup do cévního řečiště. Jde o krevní výron ohraničený okolními měkkými tkáněmi neustále komunikující s tepnou. Tato komplikace je relativně vzácná, přichází asi v 1 % případů a do značné míry je způsobena nutností podávání řady léků zabraňujících krevnímu srážení při tepenném vyšetření a léčbě. Stav je potenciálně nebezpečný pro možnost pokračování krvácení, které může vést až k akutnímu ohrožení Vašeho života.

Komplikace: jsou vzhledem k cílenosti výkonu minimální. Spočívají zejména v riziku vmetení krevní sraženiny do periferie tepenného systému nebo vzniku krevní sraženiny v žilním systému. Většinou si tato vzácná komplikace vynutí jen podávání léků na ředění krve. V některých málo případech je pro nedostatečný uzávěr nutné výkon opakovat. Alergická reakce na podanou látku je vzácná extrémně. Ani jednu závažnější komplikaci jsme v našem souboru pacientů neměli.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Chirurgická léčba: rutině používaná v ČR, spočívá v chirurgickém výkonu v celkové anestezii (uspáním). Chirurg odstraní krevní sraženinu a sešije přetrvávající defekt ve stěně tepny. Vzhledem k poměrně velkému rozsahu výkonu je výkon zpravidla provázen delší dobou hojení a prodloužením hospitalizace.

Konzervativní postup: spočívá ve stlačení nepravé výdutě ultrazvukovou sondou. Od tohoto řešení je značný odklon. Výkon trvá kolem 45 minut, je pro pacienta značně bolestivý a efekt nebývá často dostatečný.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V den zákroku budete na lačno. Výkon probíhá za pomoci cévního ultrazvuku za sterilních podmínek vleže na zádech. Ošetření je jen lehce bolestivé, což je způsobeno vpichem jehly přes kůži.

Zákrok je prováděn přímo pod ultrazvukovou kontrolou. Tenkou jehlou je přes kůži do místa nepravé výdutě zavedena látka navozující vznik krevní sraženiny (trombin). Vytvořením krevní sraženiny se nepravá výduť uzavře, stejně jako místo defektu v tepenné stěně. Aby nedošlo k rozvoji komplikací, je nutné, aby lékař aplikoval trombin na přesné místo bezpečným způsobem tak, aby nedošlo k úniku látky do tepenného systému. Látka se také nesmí dostat do žilního systému.

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

Po výkonu a kontrole průchodnosti tepenného a žilního bude na ošetřené místo naložen kompresní (tlakový) obvaz. Ten zpravidla ponecháváme v průměru kolem osmi hodin. Následující den bude provedena kontrola. V případě příznivého nálezu budete již moci vstát z lůžka.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Je-li zákrok úspěšný, není potřebná žádná další potřebná léčba.

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:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....
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: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka