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):

☐ **V-V ECMO: VENO-VENÓZNÍ MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVÁ OXYGENACE (KREV ODEBÍRÁNA ZE ŽÍLY A VRACENA DO ŽÍLY)**

☐ **V-A ECMO: VENO-ARTERIÁLNÍ MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVÁ OXYGENACE (KREV ODEBÍRÁNA ZE ŽÍLY A VRACENA DO TEPNY)**

Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu:

Metoda je prováděna v případech těžkého respiračního, anebo oběhového selhání, kdy všechny dostupné léčebné postupy selhávají nebo selhaly. Krev je z pacienta odváděna mimo jeho tělo do systému mimotělního oběhu, kde je v oxygenátoru okysličena a pumpou vrácena zpět do organizmu. Jde o velmi invazivní metodu s možnými riziky krvácení při zavádění kanyl do velkých cév, dále s riziky tromboembolických příhod (tvorba sraženin v cévním řečišti). Pacientovi musí být podávány léky na ředění krve (heparin), proto hrozí i riziko povšechného krvácení. V době, kdy je pacient indikován k uvedenému výkonu má téměř 100% pravděpodobnost úmrtí. Uvedenou metodou, kdy z velké části nahrazujeme funkci plic a srdce, získáváme čas pro léčbu základního onemocnění.

Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativní postup neexistuje.

Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto:

Výkon je prováděn v celkové anestézii. Jsou zavedeny kanyly do velkých cév na krku nebo v třísle a to cestou chirurgickou nebo punkční (vpichem). Poté se provede připojení k mimotělnímu okruhu (systém hadic, krevní pumpa, oxygenátor, ohřívač). Mimotělní oxygenace (okysličení) probíhá až do zlepšení stavu umožňujícího odpojení nebo do doby, kdy selhání životních orgánů je již jednoznačně nezvratitelné.

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

Bude posouzeno individuálně po skončení léčby.

Další potřebná léčba:

Bude posouzeno individuálně po skončení léčby.

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/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 nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl/a 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