ЗАГАЛЬНА ФАКУЛЬТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ В ПРАЗІ
У Немоцніце 499/2, 128 08 Прага 2| ІН: 00064165, тел.: 224 961 111

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Законний представник пацієнта (ім'я, прізвище):	
Найменування медичної процедури / лікувального заходу (або декількох процедур/заходів): ☐ **ВВ ЕКМО: ВЕНО-ВЕНОЗНА ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА МЕМБРАННА ОКСИГЕНАЦІЯ (КРОВ ВІДБИРАЮТЬ З ВЕНИ І ПОВЕРТАЮТЬ У ВЕНУ)** ☐ **ВА ЕКМО: ВЕНО-АРТЕРІАЛЬНА ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА МЕМБРАННА ОКСИГЕНАЦІЯ (КРОВ ВІДБИРАЮТЬ З ВЕНИ І ПОВЕРТАЮТЬ В АРТЕРІЮ)**	
Мета, характер, підготовка, очікувана користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури / лікувального заходу: Метод використовується у випадках тяжкої дихальної або циркуляторної недостатності, коли всі доступні способи лікування не допомагають або не дали результату. Кров пацієнта відводиться в систему екстракорпорального кровообігу, де насичується киснем в оксигенаторі та повертається в організм за допомогою насоса. Це дуже інвазивний метод із можливим ризиком кровотечі під час введення канюль у великі судини, а також ризиком тромбоемболії (утворення тромбів у судинній системі). Пацієнт має отримувати препарати для розрідження крові (гепарин), тому існує також ризик генералізованої кровотечі. На той час, коли пацієнту показана ця процедура, ймовірність летального наслідку становить майже 100 %. Цей метод, який значною мірою замінює функцію легень і серця, дає змогу виграти час для лікування основного захворювання.	
Альтернативи лікувальному заходу, їхня доцільність, переваги та ризики: Альтернативи методу не існує.	
Медична процедура / лікувальна маніпуляція відбуватиметься так: Процедуру проводять в умовах загальної анестезії. Канюлі вводять у великі судини шиї або пахової ділянки хірургічним шляхом або за допомогою пункції. Далі відбувається підключення до екстракорпорального контуру (система шлангів, насос для перекачування крові, оксигенатор, нагрівач). Екстракорпоральна оксигенація триває до поліпшення стану, яке уможливлює відключення пацієнта від контуру, або доти, доки відмова життєво важливих органів не стане однозначно незворотною.	
Обмеження та рекомендації щодо способу життя з огляду на стан здоров'я та можливі зміни у працездатності після проведення медичної процедури: Буде оцінено індивідуально після закінчення лікування.	

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

Подальше потрібне лікування:

Буде оцінено індивідуально після закінчення лікування.

Заявляю, що лікар, який надав мені інформацію, особисто роз'яснив увесь зміст цієї письмової інформованої згоди, і я мав можливість поставити йому запитання, на які дістав належну відповідь. Заявляю, що наведену вище інформацію я повністю зрозумів/-ла і даю пряму згоду на проведення цієї медичної процедури.

Якщо пацієнт **неповнолітній або з обмеженою дієздатністю** і достатньо зрілий в інтелектуальному та вольовому відношенні:

Заявляю, що я отримав/-ла роз'яснення в обсязі, зазначеному вище.

Якщо пацієнту не були надані такі відомості, має бути наведена причина їх ненадання:

м. Прага, дата

…… ……

підпис пацієнта / законного представника *ім'я, прізвище та підпис лікаря*

……

підпис неповнолітнього пацієнта /

пацієнта з обмеженою дієздатністю

Якщо пацієнт / законний представник не може підписати документ за станом здоров'я:

Причина, через яку пацієнт / законний представник неспроможний підписати документ:

Спосіб, яким пацієнт / законний представник висловив свою волю:

……

ім'я, прізвище та підпис свідка

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА