

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (KY)/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S KATETRIZAČNÍM VÝKONEM (ANGIOGRAFICKÝM VYŠETŘENÍM)

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



➤ Vážená paní, Vážený pane,

Váš ošetřující lékař si vyžádal miniinvazivní intervenční výkon (katetrizaci) Vašich periferních cév. Jedná se o vyšetření pomocí rentgenového záření a kontrastní látky, která je do cévy podávána tenkým instrumentáři. Vyšetření umožní lékaři zobrazit a zhodnotit stav cév a podle nálezu případně naplánovat, nebo v přímé návaznosti provést, další léčbu.

➤ Proč tento výkon a jaký je jeho přínos

Vyšetření provádíme proto, abychom co možná nej přesněji zobrazili cévy a zjistili míru jejich postižení (uzávěr, zúžení, rozšíření, krvácení aj.). Výsledkem může být upřesnění příčiny Vašich obtíží a rozhodnutí o nejvhodnější následné léčbě anebo, a to nejčastěji, o léčebném výkonu v přímé návaznosti. Pokud budete k léčebnému výkonu indikováni, bude s tímto ihned seznámeni a vyžádáme si Váš souhlas.

➤ Jak je výkon proveden

Výkon se obvykle provádí v místním znecitlivění (méně často v celkové anestezii). Lékař zavede přes malý vpich do tepny tenký katétr, nejčastěji v oblasti třísla (méně často v oblasti paže či zápěstí), a pod rentgenovou kontrolou jej posune do vyšetřované oblasti. Do cévy se podá jódová kontrastní látka a pořídí se série rentgenových snímků. Při podání kontrastní látky můžete krátce pocítit teplo, tlak nebo jiný přechodný pocit. Po výkonu je ošetřeno místo vpichu a přiložen kompresivní obvaz.

Aby se předešlo krvácivým komplikacím v třísle, je po dobu několika hodin nutný Váš klid na lůžku. V podvečerních hodinách si již můžete dojít na toaletu a druhý den po výkonu můžete být propuštěni domů.

➤ Možné komplikace

Každý invazivní výkon s sebou nese určité riziko. V místě vpichu může vzniknout bolest, krvácení nebo krevní výron. Vzácně může dojít k významnějšímu krvácení, poškození cévy, poruše prokrvení končetiny nebo infekci.

Kontrastní látka může vzácně vyvolat alergickou reakci; u některých pacientů může přechodně nebo vážněji ovlivnit funkci ledvin. Při použití rentgenového záření dochází k ozáření, jehož rozsah závisí na délce a typu výkonu. Riziko závažných komplikací je obecně malé, nelze je však zcela vyloučit.

➤ Alternativa

Možnou alternativou může být jiné zobrazovací vyšetření cév, například ultrazvukové vyšetření, CT angiografie nebo MR angiografie.

Jedná se však „pouze“ o zobrazení kardiovaskulárního systému. Léčebný zásah může být proveden pouze na katetrizačním sále. Vhodná alternativa závisí na Vašem zdravotním stavu a důvodu vyšetření; její možnosti s Vámi probere indikující lékař.

Podpis a razítko lékaře indikujícího vyšetření:

Datum: _____

 Souhlas s výkonem

Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení vyšetření, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto vyšetření. **Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s provedením vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:

Datum: _____

Prohlašuji, že jsem pacientovi/ce (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient/ka (zákonný zástupce) vyslovil/a svůj informovaný souhlas s výkonem.

Podpis a razítko lékaře RTG:

Datum a čas: _____

 Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.
