OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111

Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (KY)/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S PROVEDENÍM LÉČEBNÉ EMBOLIZACE KOLENNÍCH TEPEN

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození

Vážená paní, Vážený pane,

Váš ortoped Vám doporučil provedení léčebné embolizace tepen zásobujících kolenní kloub. Jedná se o minimálně invazivní výkon prováděný s cílem zmírnit Vaše bolesti při artróze kolenního kloubu (gonartroze). Tyto bolesti jsou způsobeny převážně zánětem a překrvením výstelky kloubu. Před samotným výkonem Vás ošetřující lékař seznámí s provedením tohoto výkonu, s jejími běžnými riziky, následky a s eventuálními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

Proč tento výkon a jeho přínos

Podstatou tohoto výkonu je zavedení drobných kuliček do přívodných tepen postiženého kolenního kloubu pomocí tenkého katétru (cévky), a tím snížení překrvení v zanícené kloubní výstelce. Výsledkem bývá zmírnění nebo vymizení Vašich bolestí.

Tento výkon Vás nezbavuje základního onemocnění (gonartróza) ani nenahrazuje operaci – výměnu kolenního kloubu kloubem umělým. Bývá však přínosem, pokud nemůžete z nějakých důvodů (věk, přidružená onemocnění) náhradu kolenního kloubu podstoupit, nebo pokud je třeba u Vás zmírnit bolesti během čekací doby na operaci.

Jak je výkon proveden

Výkon se provádí na intervenčním sále Radiodiagnostického oddělení. V místním znecitlivění je napíchnuta tepna v třísle a do podkolenní je zaveden katétr sloužící k aplikaci kuliček do tepen kolena.
Celková doba trvání výkonu bývá 1-2 hodiny. Po výkonu je ošetřeno místo vpichu a přiložen kompresivní obvaz.

Možné komplikace

Komplikace výkonu jsou vzácné. Po výkonu můžete pociťovat v kloubu dočasný tlak či přechodné zhoršení bolesti. V nízkém procentu výkonů může dojít k přechodným změnám na kůži kolena: drobnému zarudnutí či skvrnám.

Alternativa

Konzervativní léčba, aplikace kortikoidů, chondroprotektiv a operační léčba.

Možná omezení

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.

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:

_____

Datum a čas: _____

Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.

_____

_____

_____