



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (KY)/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S PROVEDENÍM PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE / DRENÁŽE (PTC/PTD)

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození

➤ Vážená paní, Vážený pane,

Váš ošetřující lékař si vyžádal provedení perkutánní transhepatální cholangiografie (PTC), případně perkutánní transhepatální drenáže (PTD). Jde o miniinvazivní výkon, při kterém lékař přes kůži zpřístupní žlučové cesty, zobrazí je pomocí kontrastní látky a podle nálezu případně zavede drenáž k odvádění žluči.

➤ Proč tento výkon a jeho přínos

Perkutánní transhepatální cholangiografie (PTC) je miniinvazivní výkon, při kterém lékař přes kůži a jaterní tkáň zobrazí žlučové cesty. Provádí se zejména při jejich zúžení nebo neprůchodnosti a při poruše odtoku žluči. Pokud je potřeba žluč odvést, může být současně zavedena perkutánní transhepatální drenáž (PTD). Cílem je uvolnit přetlak ve žlučových cestách, zlepšit odtok žluči a podle nálezu umožnit další léčbu.

➤ Jak je výkon proveden

Výkon se provádí za sterilních podmínek, zpravidla v celkové anestezii (lze v analgosedaci či místním znecitlivění); podle potřeby mohou být podány také léky proti bolesti nebo na zklidnění. Lékař pomocí ultrazvuku a rentgenového přístroje zavede přes kůži tenkou jehlu do žlučových cest a podá malé množství jódové kontrastní látky. Tím zobrazí jejich průběh a místo překážky. Podle nálezu může zavést drén, kterým žluč odtéká ven do sběrného sáčku, do střeva, nebo oběma směry. V některých

případech lze následně provést další léčebný výkon, například rozšíření zúžení nebo zavedení stentu. Po výkonu budete sledován/a zdravotnickým personálem.

➤ Možné komplikace

Po výkonu se může objevit bolest v místě vpichu nebo drobné krvácení. Méně často může vzniknout významnější krvácení do žlučových cest nebo dutiny břišní, únik žluči mimo žlučové cesty, infekce žlučových cest či celková infekce. Drenáž se může ucpat, zalomit nebo posunout a může být nutná její kontrola, zprůchodnění nebo výměna. Vzácně může dojít k poranění okolních orgánů. Jódová kontrastní látka může vyvolat alergickou či jinou nežádoucí reakci a u rizikových pacientů může ovlivnit funkci ledvin. Při výkonu se používá rentgenové záření. Velmi vzácně mohou vzniknout závažné komplikace vyžadující intenzivní léčbu, další intervenční výkon nebo operaci.

➤ Alternativa

Podle příčiny onemocnění může být alternativou endoskopické ošetření žlučových cest (například ERCP), operační

řešení nebo jiný postup. Ne každá metoda je u každého pacienta možná nebo stejně účinná. Vhodnou alternativu, její výhody a rizika 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.
