



Východoslovenský ústav srdcových  
a cievnych chorôb, a.s.

P. O. Box 35, Ondavská 8, 040 11 Košice

KLINIKA KARDIOLOGIE – Angiologické oddelenie



## F-037 POUČENIE A PÍSOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

**Meno, priezvisko a dátum narodenia** osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....

Svojim podpisom potvrdzujem, že **odmietam – neodmietam\*\*** zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas, byť informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Meno poučujúceho lekára: .....

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) **diagnóza(y)**:

**Aneuryzma brušnej aorty – AAA**

Navrhovaný (plánovaný) **liečebný (operačný) postup/výkon**:

**EVAR – stentgraft brušnej aorty**  
(vyradenie výdute brušnej aorty z krvného obehu)

**Popis výkonu / operačného zákroku:**

A) Dôvod výkonu / zákroku:

Pri rozšírení brušnej aorty nad 50mm hrozí prasknutie brušnej aorty s následným krvácaním, ktoré môže mať za následok smrť pacienta, riziko ruptúry udáva nasledujúca tabuľka.

AAA veľkosť (v cm)	Ročné riziko ruptúry (v %)
3.0-3.9	0
4.0-4.9	0.5-5
5.0-5.9	3-15
6.0-6.9	10-20
$\geq 7.0$	20-50

## B) Čo obnáša liečebný / operačný výkon:

Zákrok sa vykonáva v celkovej, epidurálnej, spinálnej či lokálnej anestéze, je nutná preparácia spoločnej femorálnej tepny na oboch stranách v slabínach – pokiaľ sú vhodné podmienky možno vykonať zákrok i perkutánne (iba podkožným vpichom) bez nutnosti chirurgického prístupu - a zavedenie stentgraftu s následným uzáverom tepien. Po výkone je pacient hospitalizovaný na jednotke intenzívnej starostlivosti kde sú sledované vitálne funkcie.

## C) Následky a riziká spojené s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou:

### • **najzávažnejšie riziká endovaskulárneho zákroku:**

1. uzáver – trombóza reparovanej tepny, alebo embolizácia do periférie končatiny, s následnou poruchou prekrvenia končatiny, pri manipulácii v aortálnom oblúku a podkľúčkových artériách možnosť vzniku cievnej mozgovej príhody rôznej závažnosti, vrátane formy s trvalými neurologickými následkami (porucha hybnosti, citlivosti, reči, prípadne iných funkcií);
2. malá možnosť technickej poruchy inštrumentária (prasknutie balóniku, zlé rozvinutie stentu...) s prípadnou nutnosťou cievneho chirurgického zákroku;
3. prasknutie reparovanej tepny s následným krvácaním rôznej závažnosti;
4. možnosť poškodenia miechy s následne vzniknutým ochrnutím dolných končatín;
5. možnosť konverzie – zmeny na klasickú operáciu pri komplikácii túto zmenu vyžadujúcej (ruptúra aorty v priebehu výkonu, vznik netesnosti stentgraftu);
6. zlyhanie obličiek pri prekrytí obličkových tepien s následkom trvalej hemodialýzy;
7. úmrtie pri malpozícii graftu.

### • **všeobecné riziká diagnostickej angiografie:**

#### 1. Komplikácie v mieste vpichu:

- možnosť infekcie, po výkone;
- možnosť krvácania z poranenej tepny – vznik hematómu v podkoží, prípadne krvácanie do brušnej dutiny - rôznej závažnosti a významu;
- možnosť poranenia nervových štruktúr v mieste vpichu, prípadne útlak nervov vzniknutou krvnou zrazeninou, s poruchou ich funkcie rôzneho stupňa;
- možnosť vzniku cievnej výdute v mieste vpichu, ako aj tepnovo – žilového skratu (na vpich a manipuláciu inštrumentárom môže tepna zareagovať spazmom (stiahnutím), s obmedzením krvného toku rôznej závažnosti; pri manipulácii v tepne nemožno vylúčiť uvoľnenie rôzne veľkých čiastočiek najčastejšie sklerotického materiálu, ktoré sú unášané krvou a môžu spôsobiť upchatie periférnej končatinovej, orgánovej alebo aj mozgovej tepny s nepredvídateľným stupňom klinického postihnutia, vrátane cievnej mozgovej príhody; manipuláciou v tepne môže vzniknúť poškodenie cievnej výstelky, s odlúpnutím);
- možnosť vzniku trombózy v mieste vpichu alebo aj na vzdialenom mieste s nepredvídateľným stupňom obmedzenia krvného toku, prípadne trombembóliou;
- možnosť prepichnutia cievnej steny s krvácaním mimo lúmen cievy v celom rozsahu manipulácie inštrumentárom;
- nepatrná možnosť zalomenia, zauzlenia a/alebo odtrhnutia časti inštrumentária s ťažko predvídateľnými dôsledkami pre cirkuláciu;
- možnosť poškodenia cievnej výstelky alebo možnosť odlúčenia sklerotického plátu následkom silného prúdu kontrastnej látky počas vyšetrenia.

#### 2. Možnosť komplikácií z podania kontrastnej látky:

- alergická reakcia rôzneho stupňa a závažnosti, toxické vplyvy kontrastnej látky najmä na obličky, nervový systém, a srdce, s možnosťou ovplyvnenia ich funkcie;

- pri angiografii v hrudnej a bedrovej oblasti je nepatrná možnosť ischémie miechy s neurologickým deficitom;
- pri sondáži ascendentnej aorty môže vzniknúť disekcia ľavej koronárnej tepny;
- pri renálnej angiografii (alebo inej orgánovej angiografii) je možnosť poškodenia renálnej tepny, spazmu tepny, disekcie alebo perforácie.

#### D) Riziká odmietnutia výkonu / operačného zákroku:

Pri odmietnutí zákroku je pacient vystavený riziku ruptúry AAA pri ktorej je pooperačná úmrtnosť vyššia ako 40%.

Dole podpísaný(á) **potvrdzujem** svojim podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, **som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované** (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

.....  
 .....

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som **bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou.**

Bol(a) som tiež **poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.** Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom (resp. výkonom)

**súhlasím – nesúhlasím\*\***

a zároveň prehlasujem, že som mal možnosť klásť lekárovi doplňujúce otázky, ktoré mi boli zodpovedané. Bol som oboznámený so skutočnosťou, že v rámci poskytovaného výkonu (liečebného postupu) mi môže byť vykonaný aj iný (ďalší) výkon, pokiaľ by jeho nevykonanie ohrozilo bezprostredne môj zdravotný stav, s čím rovnako súhlasím. V prípade, že zmením svoj názor k navrhovanej liečbe (výkonu/postupu) a rozhodnem sa odvolať svoj súhlas, túto skutočnosť bezodkladne oznámim lekárovi.

#### **Poskytovanie informácií o mojom zdravotnom stave:** (doplniť osoby)

- manžel/manželka: .....
- rodič: .....
- dieťa: .....
- iná osoba: .....

Beriem na vedomie, že iba osoba(y) mojím rozhodnutím určená(é), bude(ú) informovaná o mojom zdravotnom stave, iným osobám ako mnou určeným, nebudú

poskytnuté žiadne informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu. Určené osoby môžu byť vyzvané k preukázaniu totožnosti.

Týmto **súhlasím – nesúhlasím** s prítomnosťou osôb, ktoré získavajú odbornú spôsobilosť k výkonu zdravotníckeho povolania (študenti medicíny a pod.) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti mojej osobe a rovnako nemám výhrady, aby prípadne nahliadali do mojej zdravotnej dokumentácie.

**Svojim podpisom taktiež potvrdzujem, že som bol/a riadne oboznámený/á s platným znením Nemocničného poriadku VÚSCH, a.s., vrátane Denného režimu pracoviska VÚSCH, a.s., na ktorom budem hospitalizovaný, s právami a povinnosťami pacienta VÚSCH, a.s. a vyjadrujem svoj súhlas s ich dodržiavaním počas mojej hospitalizácie vo VÚSCH, a.s..**

V Košiciach, dňa: ..... čas: .....

.....  
podpis a pečiatka lekára

.....  
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť  
(prípadne osoby ňou určenej alebo jej zákonného zástupcu)

Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas:

.....  
.....

V Košiciach, dňa: .....

---

\* vyplní vyšetrujúci lekár v slovenskom jazyku

\*\* nehodiace preškrtnúť