



Východoslovenský ústav srdcových  
a cievnych chorôb, a.s.

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

KLINIKA SRDCOVEJ CHIRURGIE



## F-048 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)**:

**Porucha funkcie srdcovej(ých) chlopne(í)**

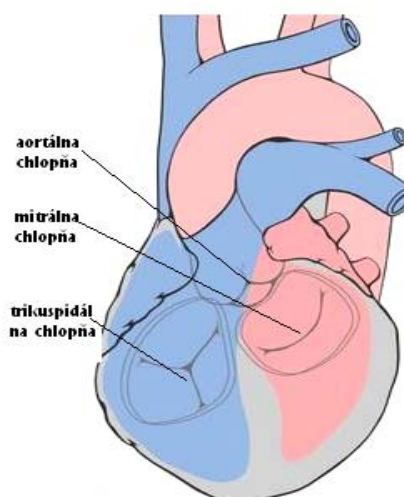
Navrhovaný (plánovaný) **liečebný (operačný) postup/výkon**:

**Náhrada alebo oprava srdcovej(ých) chlopne(í)**

**Popis výkonu / operačného zákroku:**

A) Dôvod výkonu / zákroku:

Pri vyšetrení Vášho srdca bolo zistené významné postihnutie jednej alebo viacerých chlopní (aortálna, mitrálna, trikuspidálna). Postihnutie chlopne spočíva buď v jej zúžení (stenóza), pri stenóze srdce pracuje proti zvýšenému odporu, nie je schopné vypudzovať dostatočné množstvo krvi do tela; alebo v jej nedomykavosti (insuficiencii), pri ktorej dochádza k dlhodobému preťažovaniu srdca prečerpávaním veľkého objemu krvi, ktorá sa vracia do srdca cez nedomykavú chlopňu.



## B) Čo obnáša liečebný / operačný výkon:

- V deň operácie musíte byť nalačno, príjem tekutín je tiež zakázaný. Operácia prebieha v aseptických (čistých) podmienkach na špeciálne vybavenej operačnej kardiochirurgickej sále. Vám navrhovaný operačný výkon spočíva v pozdĺžnom rozrezaní hrudnej kosti, pripojení na mimotelový obeh krvi, ktorý počas operácie nahradí funkciu srdca a pľúc.
- Po napojení na mimotelový obeh bude poškodená srdcová chlopňa v prípade možnosti opravená vykonaním plastiky. Spravidla platí, že stenóza chlopne nie je pre jej opravu vhodná, preto sa prakticky vo všetkých prípadoch takto postihnutá chlopňa musí nahradiť.
- V prípade nemožnosti chlopňu „opraviť“ bude nahradená mechanickou (kovovou) alebo biologickou (prasačou, hovädzou) chlopňovou náhradou. Každý typ náhrady má svoje výhody i nevýhody a výber vhodnej chlopňovej náhrady bude s Vami konzultovaný.
- Výhodou mechanickej náhrady je doživotná trvanlivosť, avšak jej nevýhodou je nevyhnutná doživotná antikoagulačná liečba (lieky) na zníženie zrážanlivosti krvi, pričom pri nedostatočnej protizrážanlivej liečbe hrozí trombóza chlopňovej náhrady. Na druhej strane, pri predávkovaní protizrážanlivými liekmi hrozí krvácanie do rôznych orgánov tela (klby, tráviaci trakt apod.).
- Ak použijeme biologickú náhradu, tak protizrážanlivá liečba nie je vo väčšine prípadov nevyhnutná. Jej nevýhodou je ale obmedzená trvanlivosť (približne 15 rokov), ktorá priamo súvisí s Vaším vekom a životným štýlom. Všeobecne platí, že pacientom do 60-65 rokov sa implantuje mechanická chlopňová náhrada, starším pacientom potom biologická.
- V prípade, že má pacient fibriláciu predsiení (t.j. nepravdivý srdcový rytmus), môžeme k výkonu na chlopni pridať takzvanú Maze procedúru, ktorá pozostáva z vytvorenia niekoľkých línií v ľavej i pravej predsieni pri použití radiofrekvenčného alebo kryotechnického zdroja, ktorá vo väčšine prípadov fibriláciu predsiení odstráni.
- Po operácii budete umiestnený na Klinikum anesteziológie a intenzívnej medicíny VÚSCH, a.s. (KAIM), kde sa preberiete z umelého spánku (narkózy), potom budete preložený(á) na intermediárnu časť KAIM. Po základnom zotavení budete preložený na Klinikum srdcovej chirurgie VÚSCH, a.s. na doliečenie a dokončenie základnej rehabilitácie.
- Predpokladaná celková doba pobytu v nemocnici je, pri nekomplikovaných prípadoch, najčastejšie 7 až 10 dní. Predpokladaná doba nevyhnutná pre úplnú rekonvalescenciu po prepustení z nemocnice je približne 3 až 6 mesiacov.

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

Je potrebné si uvedomiť, že určité riziká existujú pri každej liečbe, prípadne zákroku, a že ich nemožno vždy vopred presne určiť. Navrhovaný operačný postup/výkon so sebou prináša určité operačné riziká.

1. Najzávažnejšie z nich môže byť samotné pooperačné zlyhanie srdca alebo iných životne dôležitých orgánov (pľúca, pečeň, obličky, gastrointestinálny trakt a iné), ktoré výnimočne môžu viesť i ku smrti.
2. Ďalšou možnou komplikáciou spojenou so zákrokom môže byť pooperačné krvácanie. Pre záchranu Vášho zdravia a života môže byť preto, vedľa potreby pooperačných krvných transfúzií, nutné aj opakované znovuotvorenie hrudníka, kde sa preskúma operované miesto a zastaví sa krvácanie.
3. Málo častou komplikáciou je porucha funkcie nahradenej alebo opravenej chlopne alebo náhrady, ktorá si môže vynútiť opakovaný operačný zákrok, ktorého cieľom bude takto poškodenú chlopňu alebo chlopňovú náhradu znovu opraviť alebo nahradiť.

4. Minimálne častou, ale o to viac závažnou komplikáciou, môže byť infekcia chlopňovej náhrady. V takom prípade je nevyhnutné takto poškodenú chlopňovú náhradu ďalším operačným zákrokom opäť vymeniť.
5. Veľmi málo pravdepodobným, ale možným rizikom je vznik náhlejšej mozgovej príhody (mŕtvica), ako aj embólia do tepny zásobujúcej končatiny a/alebo iné orgány.
6. Výnimočne, asi v 3% prípadov, sa môže stať, že do operačnej rany sa dostane infekcia. Potom je nutné lokálne (miestne) opakované ošetrovanie operačnej rany. Po vyčistení a zbavení sa infekcie musíme operačnú ranu znovu uzatvoriť.

D) Riziká odmietnutia výkonu / operačného zákroku:

Ak nebudete s navrhovaným operačným zákrokom súhlasiť alebo zákrok nebude vykonaný z iných príčin, a budete liečený/á len alternatívne, podávaním liekov (konzervatívna forma liečby), tak:

- výrazne zvyšujete Vaše riziko vzniku srdcového zlyhania pri ponechanej chlopňovej chybe;
- s hore uvedeným sú spojené všetky možné komplikácie vrátane možného úmrtia, ktorého riziko bude výrazne vyššie než riziko spojené s vykonaním operačného zákroku (operačná mortalita).

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