



Východoslovenský ústav srdcových
a cievnych chorôb, a.s.

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

KLINIKA CIEVNEJ CHIRURGIE



F-056 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)**:

Zúženie karotickej artérie

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

Endarterectomy

Popis výkonu / operačného zákroku:

A) Dôvod výkonu / zákroku:

Vzhľadom na zistený stav artérie je potrebné ju vyčistiť. Táto operácia je potrebná na zabránenie vzniku mozgovej príhody.

B) Čo obnáša liečebný / operačný výkon:

Pri operácii je nutné vyčistiť cievu na krku, ktorá je hlavnou artériou zabezpečujúcou zásobenie mozgu krvou - kyslíkom.

Operácia sa prevádza v celkovej anestézii alebo zvodovej anestézii. Rezom popred sval na krku sa dostávame ku karotickej artérii a jej vetveniu. Po jej zaistení a podaní Heparínu sa následne artéria otvorí pozdĺžne alebo sa preruší (klasická metóda oproti everznej metóde). Potom sa selektívne (t.j. individuálne – výberovo) môže zaviesť shunt (shunt je hadička, ktorá zabezpečí prekrvenie mozgu počas operácie) do artérie. Počas každej operácie je merané okysličenie mozgu krvou. Potom sa z cievy odstráni zúženie

(aterosklerotický plát). Koniec plátu sa môže prišiť o vyčistenú artériu. Nakoniec sa artéria uzatvára stehom priamo alebo s pomocou záplaty (umelý materiál alebo vena). Zastaví sa krvácanie, do rany sa vloží drén a rana sa zašije.

C) Následky a riziká spojené s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou:

• **všeobecné riziká:**

- rany sa môžu infikovať,
- rana môže sčervenat' a bolieť,
- rany môžu opuchnúť,
- z rany môže vytekať lymfa alebo krv,
- riziko srdcového záchvatu z dôvodu námahy kladenej na srdce (záťaž operácie, záťaž predoperačnej a pooperačnej liečby),
- riziko náhlej cievnej mozgovej príhody (porážka),
- minimálna pravdepodobnosť úmrtia z dôvodu operácie, toto riziko nie je možné vopred vylúčiť ani predvídať,
- úspech operácie sa nedá vopred zaručiť.

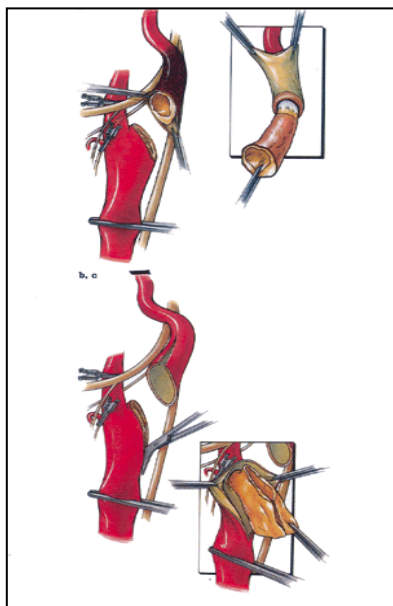
• **špecifické riziká :**

- v rane sa môže hromadiť tekutina, ktorá môže spôsobiť opuch, ktorý po niekoľkých týždňoch ustúpi,
- ak sa použije umelá záplata a tá sa infikuje, môže nastať krvácanie, čo môže ohroziť život,
- ak sa použije na záplatu vena, môže dojsť k jej vydutiu a bude potrebná ďalšia operácia
- ak sa počas operácie alebo po nej uvoľní kúsok tkaniva vnútry cievy, je tu riziko vzniku náhlej cievnej mozgovej príhody (porážka),
- pozdĺž rezu na krku sa môže vyskytnúť znížená citlivosť, bolestivosť a sčervenanie.

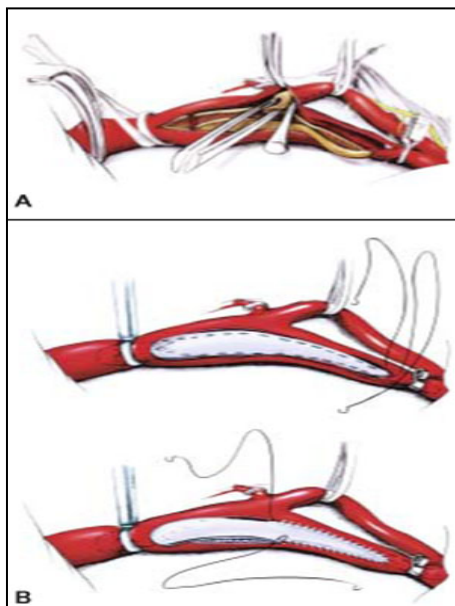
D) Riziká odmietnutia výkonu / operačného zákroku:

Hlavným rizikom je možnosť vzniku náhlej cievnej mozgovej príhody (mozgovej porážky).

Everzná endarterektómia



Klasická endarterektómia



Dole podpísaný(á) **potvrdzujem** svojim podpisom, že v prípade potreby **súhlasím – nesúhlasím**** s transfúziou krvi. Som si vedomý rizík súvisiacich s podaním krvných prípravkov (v minimálnom percente), hlavne infekcií (bakteriálnych, vírusových a parazitárnych). V prípade odmietnutia krvného prípravku som si vedomý komplikácií s tým súvisiacich (dlhšia hospitalizácia až úmrtie).

V prípade, ak počas operácie dôjde k poraneniu zdravotníckeho pracovníka (pichnutie sa ihlou, ostrým nástrojom), týmto **súhlasím – nesúhlasím**** s odberom krvi na vyšetrenie na HIV a iné krvou prenosné choroby.

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