Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.
P. O. Box 35, Ondavská 8, 040 11 Košice
KLINIKA CIEVNEJ CHIRURGIE

F-055 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):**

Uzáver artérie

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

By pass

Typ: a) Aortobifemorálny**

b) Iliackofemorálny vpravo - vľavo**

Umiestnenie : a) na pravej – ľavej dolnej končatine**
(napr: femoropopliteálny, femorokrurálny)

b) na pravej – ľavej hornej končatine**
(napr: axilobrachiálny, subklaviobrachiálny)

c) extraanatomický**
(napr: cross-over, axillofemorálny)

Popis výkonu / operačného zákroku:

A) Dôvod výkonu / zákroku:

Vzhľadom na zistený stav artérie je potrebné vykonať obídenie uzáveru formou operačného zákroku. Táto operácia je potrebná pre prekrvenie končatiny, ktorá je nedostatočne

prekrvená. Obchádzka uzavretej artérie zabezpečí dostatočný krvný prietok artériou, a teda i prietok krvi do končatiny.

B) Čo obnáša liečebný / operačný výkon:

V zvodovej (spinálna, epidurálna, axilárny blok) alebo v celkovej anestéze sa vypreparuje hlavná artéria privádzajúca krv do ohrozenej končatiny nad miestom uzáveru a vhodná (zdravá) artéria pod miestom uzáveru. V prípade, že na arteriálnu rekonštrukciu použijeme Vašu žilu – z jednotlivých rezov (zvyčajne na tej istej končatine) sa vypreparuje žila. V prípade jej nevhodnosti (je tenká alebo upchatá) musíme vypreparovať žilu z druhej končatiny. Následne po podaní Heparínu (látky proti zrážaniu krvi) a zaklemovaní (zasvorkovaní) artérie sa artéria otvorí (nad miestom jej uzáveru) v potrebnej dĺžke. Následne sa na toto miesto prišije protéza alebo žila, ktoré sa potom tunelom stiahnu pod miesto uzáveru artérie. Tu sa takisto medzi klemami otvorí artéria a na ňu sa našije už hore našitá protéza alebo žila. Potom sa spustí prietok cez by pass a skontroluje sa tesnosť anastomóz. Následne sa do rán vložia drény a rany sa zašijú.

V prípade aortofemorálneho by passu:
Pri operácii je nutné otvoriť brucho od hrudníka až po symfýzu (panva). Potom sa kľučky čreva zabalia do gumovej rúšky a odtlačia sa doprava. Po prerezaní zadného listu peritonea sa v retroperitoneu (tesne pred chrbticou) vypreparuje aorta. Následne sa vypreparuje aorta až po dolný okraj vetvenia. Nad miestom zúženia (pod renálne artérie- ak je to možné) sa zaistí aorta, ktorá sa podvlečie gumičkou a v tomto mieste sa aorta zaklemuje. Po zaklemovaní aorty sa aorta otvorí a špeciálnym šicím materiálom sa na úsek aorty nad aterosklerotickým zúžením našije protéza. Následne sa povolí svorka a overuje sa tesnosť anastomózy, v prípade presakovania krvi sa anastomóza opichne. Následne je ale nutné ramienka protézy vyviesť cez brucho do slabín, kde sa vypreparujú artérie zo samostatných rezov a tu sa našije protéza na artérie. Pred došitím anastomóz v inguinách sa vypustí krv s koagulami mimo artérie a dotiahne sa steh. Následne sa uvolní klem a cez protézu začne prúdiť krv. Zastaví sa krvácanie. K miestu anastomóz (spojka protézy s cievou) sa vložia drény aj v bruchu aj v slabinách. Následne sa rany zašijú.

V prípade iliackofemorálneho by passu:
Pre operáciu je nutné otvoriť brucho na boku (poloblúkovite - od rebrového oblúka až po strednú čiaru). Potom sa postupne vypreparuje bedrová artéria až k aorte (nad miesto sklerotického postihnutia) a tu sa cieva zaistí gumičkou. Potom sa v bedre (inguine) vypreparuje femorálna artéria- takisto sa zaistí gumičkami. Po podani Heparínu sa cievy zaklemujú (uzatvoria) a cieva nad postihnutím sa zatvorí, vyčistí a špeciálnym šicím materiálom sa našije spojka medzi artériou a protézou. Po došití sa uvolní svorka a skontroluje sa tesnosť anastomózy. Potom sa v inguine (slabine), kde je vytiahnutá protéza z retroperitonea, zaklemuje femorálna artéria. Femorálne artérie sa po zaklemovaní otvoria, vypláchnu a šicím materiálom sa našijú anastomózy. Následne sa uvoľnia svorky a cez protézu začne prúdiť krv. Zastaví sa krvácanie. K miestu anastomóz (spojka protézy s cievou) sa vložia drény. Následne sa rany zašijú.

V prípade cross- over by passu:
Pre operáciu je nutné otvoriť inguiny (slabiny) na oboch dolných končatinách. Po vypreparovaní artérií sa podá Heparín a artérie sa nad a pod miestom zamýšľanej anastomózy zaklemujú (postupne) na čas potrebný na našitie anastomóz. Za tento čas krv do dolných končatín prúdi len cez kolaterálne artérie (malé cievy odstupujúce z aorty a bedrových artérii nad miestom zaklemovania). Po zaklemovaní sa artérie otvoria (postupne najprv jedna a potom druhá strana) a špeciálnym šicím materiálom sa na otvor našije

protéza. Po našití anastomózy na jednu stranu sa pretiahne protéza (alebo eventuálne véna odobratá zo stehna alebo predkolenia) na druhú stranu a našije sa anastomóza. Po došití sa uvoľnia svorky a skontroluje sa tesnosť anastomózy a cez protézu začne prúdiť krv. Zastaví sa krvácanie. K miestu anastomóz (spojka protézy s cievou) sa vložia drény. Následne sa rany zašijú.

C) Následky a riziká spojené s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou:

- **všeobecné riziká:**

- rany sa môžu infikovať,
- rana môže sčervenať 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.

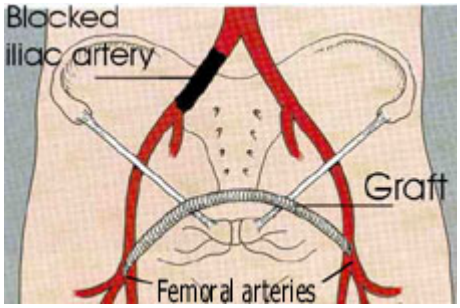
- **špecifické riziká:**

- krvný prietok cievou a končatinou sa môže v pooperačnom období znova zastaviť (ťažké aterosklerotické zmeny, trombóza periférie – aneuryzma), v takom prípade je nevyhnutné znovu podstúpiť operáciu, pokus o jej vyčistenie, eventuálne rekonštrukčnú operáciu,
- v prípade nedostatočného prekrvenia končatiny, hrozí strata končatiny a jej amputácia,
- istý čas (niekoľko dní až týždňov sa pozdĺž rany môžu vytvoriť krvné podliatiny (modriny), okolie rany a koža periférne od rany ako aj samotná končatina môže mať zníženú citlivosť a môže uplynúť určitý čas, kým nastane zlepšenie,
- v rane na slabine sa môže hromadiť tekutina, ktorá môže spôsobiť opuch, ktorý po niekoľkých týždňoch ustúpi,
- artéria sa môže opäť upchať, dokonca niekoľko týždňov alebo mesiacov po operácii a bude potrebná ďalšia operácia,
- z dôvodu obnovenia prietoku artériou môže končatina opuchnúť
- z dôvodu obnovenia prietoku artériou môže dôjsť k opuchu svalstva (reperfúzny syndróm) a na zabránenie jeho odumretia a amputácie končatiny budú potrebné incízie (narezanie) kože a fascie (obal okolo svalstva) v niektorých prípadoch už počas prvej operácie alebo bude potrebná ďalšia operácia-e,
- v prípade, že tkanivá na periférnej časti končatiny odumrú alebo sa infikujú, je nutné vykonať amputáciu končatiny alebo jej časti,
- niektoré vyššie uvedené riziká sú pravdepodobnejšie, ak ide o fajčiara, osobu s nadváhou, diabetes, vysokým krvným tlakom alebo chorobami srdca.

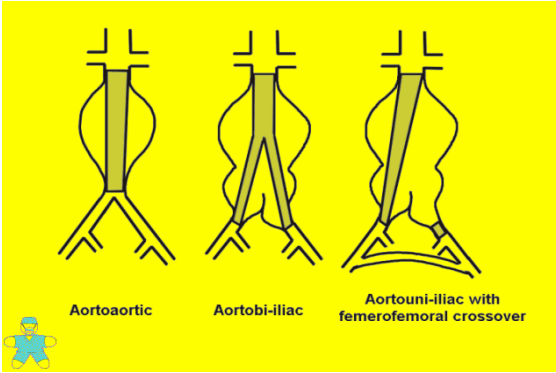
D) Riziká odmietnutia výkonu / operačného zákroku:

- odumretie končatiny s potrebou následnej amputácie
- objavenie sa bolesti v končatine eventuálne zhoršenie bolesti končatiny
- zlyhanie životne dôležitých orgánov /hlavne u aortobifemorálneho by passu – obličky/

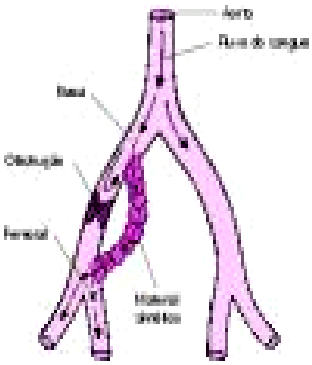
Cross-over by pass



Aortálny by pass



Iliacký by pass



Dole podpísaný(á) **potvrdzujem** svojim podpisom, že v prípade potreby **súhlasím – nesúhlasím**** s transfúziou krvi. Som si vedomý rizík súvisiacích s podaním krvných ipríprávkov (v minimálnom percente), hlavne infekcií (bakteriálnych, vírusových a prazitárnych). 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, ostrím nástroja), 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