Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

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

KLINIKA CIEVNEJ CHIRURGIE

F-060 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):**

Krčové žily (varixy)

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

Extirpácia varixov

a) na hornej – dolnej končatine**

b) na pravej – ľavej končatine**

Popis výkonu / operačného zákroku:

A) <u>Dôvod výkonu / zákroku:</u>

Vzhľadom na zistený stav žilného systému je potrebné vykonať odstránenie rozšírených žíl v oblasti končatiny formou operačného zákroku.

B) <u>Čo obnáša liečebný / operačný výkon:</u>

V lokálnej (mesocain, procain) eventuálne v zvodovej (spinálna, epidurálna) alebo v celkovej anestézii sa v miestach krčových žíl z drobných rezov odstránia, vypreparujú a následne odstraňujú jednotlivé rozšírené žily. V prípade, že je nutné odstrániť aj veľkú safénu, je nutné

viesť rez aj v oblasti inguiny (trieslo) a v oblasti členka. V prípade potreby odstránenia malej safény bude rez na zadnej strane (tesne pod kolenom) lýtka. V prípade nedomykavosti komunikujúcich žíl (medzi povrchovým a hlbokým venóznym systémom) budú potrebné aj rezy na vnútornej strane lýtka, odkiaľ sa uvedené žily podviažu.
V prípade prítomnosti drobných žiliek a nemožnosti ich odstránenia alebo ide o príliš veľké poškodenie tkaniva v porovnani s efektom operácie, sa do týchto žiliek zavádza nevstrebateľný materiál (niť) vpichom. Operácia sa končí zašitím rán a založením elastickej bandáže.

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:**

- 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,
- po operácií môže končatina opuchnúť,
- v pooperačnom období môžu rany krvácať,
- môže dojsť k prechodnej strate citlivosti v miestach operácie,
- veľmi zriedkavo môže dôjsť k trombóze hlbokej žíly s rizikom embolizácie do pľuc s následkom úmrtia,
- niektoré vyššie uvedené riziká sú pravedpodobnejšie, ak ide o fajčiara, osobu s nadváhou, diabetes, vysokým krvným tlakom alebo chorobami srdca.

D) Riziká odmietnutia výkonu / operačného zákroku:

- na končatine sa mi môžu objaviť vredy;
- môžu mi krčové žily praskať a krvácať;
- krčové žily sa môžu zapáliť a môže sa v nich zrážať krv s rizikom pľucnej embólie;
- môžu sa zhoršiť bolesti nôh.

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 <u>zmením svoj názor k navrhovanej liečbe</u> (výkonu/postupu) a rozhodnem sa odvolať svoj súhlas, túto skutočnosť <u>bezodkladne</u> oznámim lekárovi.

<u>Poskytovanie informácií o mojom zdravotnom stave:</u> (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