

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Angioplastika shuntu

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem doporučeno provedení angioplastiky shuntu.

Co je angioplastika shuntu (shunt = operačně vytvořený zkrat mezi tepnou a žílou):

Angioplastika je lékařský výkon, jehož cílem je opětovné zprůchodnění cévního úseku Vašeho shuntu. Principem výkonu je roztažení zúženého místa v shuntu balónkovým katétre zavedeným přes místo vpichu.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Angioplastika se provádí v případech, že Váš shunt je nefunkční, to znamená, nelze z něj čerpat dostatečné množství krve do dialyzačního přístroje. Alternativou k tomuto výkonu je pouze operační, chirurgické řešení, které je však daleko více zatěžující pro Váš organismus.

Alternativy výkonu:

Výkon na shuntu otevřenou chirurgickou cestou. Zatížen možnými specifickými komplikacemi. Nenahrazuje zcela tento výkon.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Den před vyšetřením je požadováno zvýšit příjem tekutin. V den vyšetření, 4 hodiny před výkonem, omezíte tekutiny na cca 100 ml/hod a vynecháte tuhou stravu. Pokud užíváte perorální antidiabetika - biguanidy, na bázi metforminu a máte sníženou funkci ledvin, váš ošetřující lékař by měl Vám léky dva dny předem vysadit. Před zahájením vyšetření je nutné znát aktuální hodnoty renálních funkcí (urea, kreatinin)- výsledky ne starší než 4 - 6 týdnů si přinesete k vyšetření. Bez znalosti těchto hodnot není možné aplikovat kontrastní látku. Minimálně 1 týden před výkonem je nutné vysadit léky ovlivňující krevní srážlivost (např. Warfarin).

Jaký je postup při provádění výkonu:

Na katetrizačním sále za sterilních podmínek a po místním umrtvení kůže Vám zavedeme cévku do cévního řečiště v blízkosti shuntu. Místo vpichu je nutno vyholit. Budete cítit jen vpich jehly při místním umrtvení. Bolest je menší než vpich jehly při dialýze. Cílem výkonu je odstranění zúžených míst na shuntu nebo jeho zprůchodnění pomocí balónů, stentů, léků nebo pomocí zařízení, které odsává sraženiny ze shuntu.

Možné komplikace:

Komplikace přicházejí zřídka. S rozvojem nových technologií dochází k jejich dalšímu snížení.

- komplikace v místě vpichu, nejčastěji krevní podlitina (hematom),
- větší krvácení s nutností operační revize v třísle, event. v místě prováděného výkonu při prasknutí tepny (vzácná komplikace),
- rozrušení a uvolnění aterosklerotického plátu s následným vmetkem do cévního řečiště, poranění stěny tepny,
- infekce v místě vpichu - vzácná komplikace, infekce operační rány v třísle,
- rozvoj pseudoaneurysmatu v třísle - výduť neboli boule na tepně s nutností dalšího řešení, i chirurgického z řezu v třísle.

Jaké jsou možné komplikace a nežádoucí účinky podání kontrastní látky:

- **Alergoidní reakce** na kontrastní látku - vzniká nezávisle na množství podané látky a její příčina není známa. Může probíhat jako mírná reakce s výskytem vyrážky, nevolnosti či mírných dechových obtíží. V případě závažné alergické reakce může dojít až k rozvoji závažného stavu anafylaktického šoku, který i při veškeré zavedené léčbě může vést ke smrti pacienta.

- **Chemotoxická reakce** - znamená ovlivnění určitého orgánu, tato reakce je úměrná množství podané kontrastní látky. Touto reakcí je ohrožen pacient v nestabilním klinickém stavu. Pocity horka, nevolnost, zvracení, akutní zhoršení ledvinných funkcí. Ovlivnění zejména vylučovacího ústrojí - nefrotoxicita, srdeční a cévní soustavy - kardiotoxicita.
- **Pozdní reakce** - vyvíjí se 3 - 48 hodin po aplikaci kontrastní látky. Většinou se jedná o výskyt vyrážky, ale i výrazné omezení až selhání funkce ledvin.

Jaká jsou opatření k zamezení alergické reakce:

- sdělení veškerých alergií lékařů - léky, prachy, pyly, potraviny, zvířata, astma, senná rýma, **jodové preparáty**,
- podání premedikace před vyšetřením - speciální příprava u alergických pacientů, dohled lékařů Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny u rizikových pacientů,
- premedikace u rizikových pacientů.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergických reakcí na minimum, zodpovězte prosím následující otázky:

Máte alergii na:	léky?	Ano*	Ne*
	prach, pyly, zvířata?	Ano*	Ne*
	jod a jodové preparáty?	Ano*	Ne*
Jste těhotná?		Ano*	Ne*
Onemocnění štítné žlázy?		Ano*	Ne*
Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku?		Ano*	Ne*
Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení, kontrastní látku?		Ano*	Ne*
Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke srážení krve?		Ano*	Ne*
Užíváte perorální antidiabetika? Metformin, Glucophage, Siofor, Stadamet, Adimet, Avandamet, Glibomet, Gluformin, Glucovance, Langerin, Metfogama, Janumet, Eucreas, atd.		Ano*	Ne*

* nehodící se škrtněte

Riziko spojené s ionizujícím zářením:

Ionizující (rentgenové) záření ve formě dlouhodobého menšího i krátkodobého velmi intenzivního záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn, vedoucích k poškození struktur živé hmoty.

Negativní působení na plod, poškození kůže, oční čočky, poškození kostní dřeviny, formy střevní, neuropsychické problémy a ve vysokých dávkách až nemoc z ozáření. Jedná se o postižení akutní i chronická. K těmto druhům postižení v radiodiagnostice nedochází nebo jen velmi vzácně v mírné formě, protože dávky ionizujícího záření používané při radiodiagnostických metodách jsou mnohonásobně nižší, tzv. podprahové.

Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Kromě observace na RTG pracovišti asi 30 minut po výkonu již nejsou nutná další opatření.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Angioplastika shuntu

Vysvětlující pohovor provedli:

identifikace a podpis indikujícího lékaře	identifikace a podpis radiologického laboranta, lékaře-radiologa
---	---

Prohlašuji, že mi byl výše uvedenými osobami náležitě objasněn důvod plánovaného výkonu, který je předmětem tohoto informovaného souhlasu, způsob jeho provedení i možná rizika a komplikace. Měl(a) jsem možnost se osobně zeptat na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá. Vysvětlení jsem plně porozuměl(a) a s provedením výše uvedeného výkonu s použitím kontrastní látky souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Souhlasím, aby obrazová dokumentace z mého vyšetření mohla být použita pro vědecké a studijní účely a mohla být prezentována na seminářích zdravotnických zařízení, na kongresech, event. publikována v odborných časopisech. Byl(a) jsem poučen(a), že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé osobní údaje (datum narození, rodné číslo) ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby.

ANO NE

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka