

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Operace srdce v celkové anestezii

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). Při čtení této informace o Vaší operaci věnujte prosím pozornost především označeným odstavcům „☒“. Odstavce bez políčka pro zaškrtnutí jsou určeny všem pacientům.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno provedení operace srdce.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

- Operace je **plánovaná – onemocnění** Vašeho srdce může zhoršit Vaše zdraví nebo ohrozit život během následujících dnů až týdnů.
- Operace je **akutní – onemocnění** Vašeho srdce ohrožuje vaše zdraví a život bezprostředně.

Typ operace indikované u Vás:

Koronární bypass

Operace je prováděna z důvodu závažného zúžení věnčité tepny nebo více tepen či jejich hlavních větví. Zúžení věnčitých tepen působí nemocnému nejčastěji námažové nebo i klidové bolesti na hrudi, ohrožuje jej vznikem infarktu myokardu, vznikem arytmií, náhlou srdeční smrtí, poškozením funkce srdeční komory a následnou invaliditou. Během operace jsou odebrány potřebné cévní štěpy z těla pacienta, výběr je dle uvážení operátora s ohledem na co největší prospěch konkrétního pacienta. Často je použita vnitřní prsní tepna (tepny), žíla z dolní končetiny (v případě vhodných anatomických poměrů je možný endoskopický odběr – kosmeticky výhodnější), vřetení tepna z předloktí. Bypass, tedy cévní přemostění, na srdci nelze provést žádným umělým materiálem. Principem operace je našít cévních přemostění na postižené věnčité tepny za jejich zúžená místa, kam budou tato přivádět krev bohatou na kyslík pro pracující srdeční sval.

Operace srdeční chlopně

aortální

dvojcípé (mitrální)

trojcípé (trikuspidální)

Je prováděna z důvodu závažného poškození pacientovy srdeční chlopně. To vede k přetěžování srdeční komory, která musí čerpat krev proti zúženému ústí chlopně, nebo musí opakovaně přečerpávat krev, kterou netěsnící chlopně pouští zpět. Nejčastěji se tyto vady v různém stupni kombinují. Následkem toho dochází k zvětšení srdeční komory, později k nedostatečnosti věnčitých tepen, možnosti vzniku infarktu, arytmií a zejména progresivnímu zhoršování funkce srdeční komory až k srdečnímu selhání. Nejčastějšími příznaky pacienta jsou dušnost, bolesti na hrudi, otoky, bušení srdce, kolapsové stavy. U některých vad může dojít k selhání oběhu náhle. Z těžce změněné a zvápenatělé chlopně se také mohou uvolnit křehké části a způsobit embolii jinde v krevním oběhu, například v mozku.

Ve Vašem případě je indikována:

- náhrada původní chlopně biologickou protézou** – principem operace je náhrada poškozené chlopně chlopní z biologického materiálu, a to z aortálních chlopní vepře nebo hovězího osrdečníku, popřípadě náhrada alografterem z chlopní tkáně lidské.

Výhoda – zpravidla dočasná 3 měsíční léčba léky proti krevní srážlivosti, u některých typů protéz bez léčby.

Nevýhoda – životnost biologické náhrady je omezená, za 10-15 let dochází k degenerativním změnám, např. k ztluštění cípů, zhoršení jejich pohyblivosti, nedomykavosti či zúžení chlopně. Tyto změny vedou k nutnosti výměny chlopně opět za novou.

náhrada původní chlopně mechanickou protézou – principem operace je náhrada poškozené chlopně chlopní z umělých materiálů.

Výhoda – životnost chlopně je neomezená.

Nevýhoda – použití mechanické chlopně vyžaduje doživotní užívání léků proti krevní srážlivosti, a to za pravidelných kontrol srážlivosti. S tím je spojeno vyšší riziko krvácení při úrazech apod., především ve vyšším věku.

plastika chlopně – principem je „oprava“ vlastní chlopně s jejím zachováním, a to zúžením ústí našitím speciálního prstence, opravou cípu chlopně, posunem cípu nebo šlašinek chlopně.

Výhoda – zpravidla dočasná 3 měsíční léčba léky proti krevní srážlivosti, u některých typů plastik bez léčby.

Životnost plastiky je závislá od stavu vlastní chlopně a druhu plastiky a může kolísat od několika až po desítky let.

Pacient je poučen a při nemožnosti provést plastiku souhlasí s provedením náhrady chlopně dle rozhodnutí chirurga. Doporučení použít biologickou nebo mechanickou chlopeň nebo provést plastiku vychází z úvahy, která volba bude konkrétnímu pacientovi více prospěšná.

Pacientovi po plastice či náhradě srdeční chlopně v rámci prevence vzniku infekční endokarditidy musí být podány antibiotika při všech chirurgických a stomatologických výkonech a bakteriálních nemocech.

Odstranění myxomu

Myxom je nejčastější z nádorů srdce. Téměř vždy je v srdečních síních, 3/4 případů v levé, 1/4 v pravé. V naprosté většině není zhoubný – nepůsobí invazivní růst a vzdálené metastázy. Pacienta ohrožuje jako překážka průtoku krve srdcem – způsobuje selhávání srdce, dušnost, celkovou slabost, otoky, kolapsové stavy, nepravidelnosti srdečního rytmu. Dále je zde riziko odlamování jeho kousků do krevního proudu a jejich embolizací v oběhu, což může způsobit mozkovou mrtvici, ucpání tepen končetin, plicní embolii nebo srdeční infarkt.

Principem operace je otevření srdeční síně, odstranění myxomu a zašití srdeční síně. Myxom se zasílá na histologické vyšetření.

Uzavření defektu srdeční přepážky

Otvor v přepážce mezi pravou a levou polovinou srdce způsobuje chybné proudění krve a přetěžuje srdeční sval nadbytečnou prací.

Principem operace je uzavření komunikace mezi levou a pravou polovinou srdce buď zašitím otvoru stehy nebo (u většího defektu) uzavření všitím záplaty zhotovené z vlastního osrdečníku pacienta či záplaty umělé.

Náhrada vzestupné hrudní aorty, aortálního oblouku

Operace je prováděna – pro výduť vzestupné aorty, pro prasknutí výdutě vzestupné aorty, pro disekci aorty (trhlina mezi vrstvami stěny), která postihuje vzestupnou aortu nebo i oblouk aorty.

Tyto stavy bezprostředně ohrožují život pacienta.

Principem operace je náhrada postižených částí aorty. Definitivní rozsah náhrady stanoví operátor podle operačního nálezu. Může být provedena náhrada vzestupné části aorty nebo i náhrada oblouku aorty umělou cévní protézou s ponecháním vlastní aortální chlopně. Nelze-li vlastní chlopeň zachovat, je provedena náhrada vzestupné aorty či oblouku i s náhradou aortální chlopně biologickou nebo mechanickou chlopní

Metoda PEARS – implantace protézy pro zevní podporu aortálního kořene a vzestupné aorty

Výduť vzestupné aorty je onemocněním ohrožující pacienta prasknutím nebo natržením aorty. Konzervativní léčba výdutě nevede k řešení vady. Implantace protézy kolem aortálního kořene a vzestupné aorty vede k zastavení dalšího rozšiřování cévy a eliminuje riziko prasknutí aorty. Jedná se o preventivní chirurgický výkon. Operace je provedena z řezu na hrudi (sternotomie). Výkon je plánovaně prováděn bez použití mimotělního oběhu. Kolem postiženého úseku se navlékne protéza, která těsně obepíná aortu a stabilizuje její stěnu. Protéza je z pleteného Dacronu, jedná se biokompatibilní materiál, který si svoji funkci uchová po celý život pacienta. Alternativou k tomuto výkonu je radikální chirurgické řešení, tedy náhrada vzestupné aorty.

Kryoablace srdeční síně (síní) – MAZE

Kryoablace má zabránit pokračování nebo opakování arytmií, zvané fibrilace síní, která je u pacienta prokázána. Cílem je lepší energetická ekonomika činnosti srdce při pravidelných stazích síně a zabránění riziku embolie krevní sraženinou, která často ve fibrilujících síních vzniká. Procedura má efekt v 60-80 % případů.

Principem operace je procedura, při které se na srdeční síni (síních) „vymrazí“ definovaná síť linií přikládáním speciálního nástroje, ve kterém proudí N₂O. Součástí procedury je výkon na oušku levé síně, který má zabránit tvorbě krevních sraženin v této oblasti.

Resekce (odstranění) aneuryzmatu (výdutě) levé komory

Provádí se u pacientů, kteří prodělali velký infarkt myokardu a část srdeční stěny, změněná infarktem v jizvu, se při stahu srdce vydouvá a velmi tak zhoršuje účinnost srdeční práce.

Při operaci je tenká stěna komory – jizva – částečně odstraněna a částečně nařasena a přešita speciálními filcovými podložkami. Při velkém rozsahu vydutě je do stěny srdce vsita záplata z pevného materiálu, aby nedošlo k přílišnému zmenšení komory.

Perikardektomie

Provádí se odstranění co největší části patologicky změněného perikardu (osrdečníku – obalu srdce), který působí útlak srdci a velkým cévám. To je stav, který bez léčby vede k srdečnímu selhání.

Při operaci je přirostlý, ztluštělý, někdy zvápenatělý osrdečník postupně odstraněn od povrchu srdce a velkých cév.

Endarterektomie krkavice

Není to operace na srdci, ale odstranění silného sklerotického plátu z krční tepny otevřeným způsobem (operací). Pokud u pacienta při předoperačním vyšetření před operací srdce zjistíme těsné zúžení krkavice, provádíme toto její zpřůchodnění na úvod, před vlastním výkonem na srdci. Je to nutné pro prevenci vzniku mozkové mrtvice během a po operaci srdce. Operace většinou nezmění současné neurologické postižení.

Endarterektomie krkavice, trvající cca 60–150 minut, začíná šikmým kožním asi 8–10 cm dlouhým řezem na krku. Vlastní výkon na krkavici spočívá v jejím otevření a odstranění příčiny zúžení, tedy sklerotických hmot z průsvitu tepny speciálním instrumentariem. Výkon končí opětovným sešitím tepny. Přes kůži ven je vyveden drén (hadička) k pooperačnímu odvodu zbytkové krve a tkáňového moku z rány. Následuje sešití operační rány na krku.

jiný: _____

❖ **Předoperační vyšetření**

Před operací jsou vždy potřebná tato vyšetření: EKG, rentgenový snímek srdce a plic vleže, laboratorní odběry, koronarografie, echokardiografie, spirometrie, sonografie krkavic, před operacemi na chlopních vyšetření zubní, krční (ORL), urologické a gynekologické (u žen) k vyloučení ložiska infekce v těle a další vyšetření dle závazení lékaře.

❖ **Režim pacienta před výkonem**

Je-li operace plánovaná, pak několik dní před přijetím do nemocnice je třeba vysadit léky, které snižují funkčnost krevních destiček a léky snižující srážlivost krve - tyto je někdy nutné dočasně nahradit některým nízkomolekulárním heparinem aplikovaným podkožní injekcí (zajistí praktický lékař nebo kardiolog). Toto mají pacienti v doporučení v pozvánce k operaci a tato příprava probíhá ještě před hospitalizací.

Již za hospitalizace před operací je pacient podrobně poučen o všech aspektech operace, anestezie a pooperační péče anesteziologem a chirurgem.

Večer je podán nálev a pacient se osprchuje.

6-8 hodin před operací nic nejzte, tím se předejde riziku zvracení a nebezpečí zatečení agresivního žaludečního obsahu do dýchacích cest, což je vážná anesteziologická komplikace. 24 hodin před operací nekuřte. Večerní a ranní léky jsou podány dle ordinace anesteziologa. Před výkonem vyjměte zubní protézy, odstraňte šperky, sponky do vlasů a vlasové paruky. Máte-li delší vlasy, sepněte si je jen gumičkou, před výkonem obdržíte operační čepici.

Nepoužívejte před anestezíí make-up, ani lak na nehty. Tato líčidla znemožňují klinické a přístrojové sledování prokrvení v průběhu výkonu.

Pacient je před odjezdem na operační sál personálem oholen (hrudník, břicho, třísla a dolní končetiny).

❖ **Anestezie**

Výkon zajišťuje odborný lékař-anesteziolog. Operace srdce je prováděna **vždy** v celkové anestezii. **Celková anestezie** je vratný útlum centrální nervové soustavy navozený nitrožilními a inhalačními anestetiky (léky), projevuje se ztrátou vědomí, vyřazením vnímání a reakce na zevní bolestivé podněty. Během kardiochirurgického výkonu je použita kombinace anestezie **intravenózní** (kdy je uspávací a bolest utišující prostředek podán do žíly) a anestezie **inhalační** (kdy vdechujete kyslík a anestetické plyny přes rourku umístěnou v průdušnici). Tato rourka zaručuje bezpečné zajištění dýchacích cest a umožňuje připojení k dýchacímu přístroji při vyřazení spontánního dýchání během operace. Je zavedena do dýchacích cest po uspání pacienta.

Během operace jsou zajištěny **invazivní vstupy**:

1. před uvedením do celkové anestezie:
 - periferní žilní vstup kanylou do žíly na horní končetině,
 - kanyla k invazivnímu měření krevního tlaku vřetenní tepnou těsně nad zápěstím.
2. již v celkové anestezii před započítím operace:
 - centrální žilní kanyla zavedena hlubokou krční nebo podklíčkovou žilou,
 - močová cévka,
 - centrální teplotní čidlo.

K „probuzení“ po operaci dojde až na **jednotce intenzivní péče (JIP I)**, kam jste převezeni z operačního sálu ještě pod vlivem celkové anestezie. Po obnovení vlastních sil k dýchání bez přístroje je vyjmuta rourka zavedená do dýchacích cest.

Komplikace:

Mírná zhoršení zdravotního stavu provázejí operační výkony prováděné v celkové anestezii relativně často, některá lze označit dokonce jako běžná a při lékařské a ošetrovatelské monitoraci nevyžadují léčbu. Ve výjimečných případech existuje i přes bezpečnost podávání anestezie při současné vysoké úrovni lékařské péče riziko závažných nebo i život ohrožujících komplikací.

Pokud jste prodělal(a) závažnější onemocnění nebo jste dlouhodobě léčen(a) či lékařsky sledován(a) jiným odborným lékařem, upozorněte v průběhu pohovoru na tuto skutečnost lékaře-anesteziologa.

Možné komplikace:

Běžné – ospalost, malátnost, zhoršení koordinace pohybu (v určité míře může přetrvávat i v průběhu 48 hod. po probuzení), může přetrvávat mírné krvácení z nosu a úst nebo pocit škrábání či mírná bolestivost krku (samo postupně odezní, bolesti v krku nejpozději během několika dnů), pooperační zmatenost, pooperační nevolnost a zvracení.

Vzácné – pobolívání hlavy nebo svalů, uvolněné zuby se mohou po zavedení dýchací kanyly uvolnit ještě více či zcela vypadnout, pooperační porucha chování, chraptot, anafylaktická alergická reakce, aspirace do plic, laryngospasmus.

Velmi vzácné – metabolický rozvrat (maligní hypertermie), poranění krku, laryngu a trachey vedoucí k dušnosti a trvalé poruše hlasu, úmrtí během celkové anestezie.

❖ **Postup při provádění výkonu**

Operační přístup může být veden:

- středem hrudní kosti v podélném směru (sternotomie),
- horní částí hrudní kosti v podélném směru (parciální sternotomie),
- mezižebřím na pravé či levé straně hrudníku (torakotomie).

Hrudník je rozevřen rozvěračem. Pokud použijeme mimotělní oběh, jsou zavedeny kanyly do příslušných oddílů srdce a cév a ty jsou posléze napojeny na hadice vedoucí k mimotělního oběhu (viz dále mimotělní oběh).

Poté je provedena vlastní operace srdce. Před uzavřením operační rány jsou na povrch srdce přišity jedna až čtyři dočasné stimulační elektrody (tenké izolované drátky) a vyvedeny hrudní stěnou navenek. Do hrudníku je zavedeno několik drénů, které jsou napojeny na trvalé sání. Odstraňují se v prvních několika dnech po operaci, když ustanou i malé krevní ztráty. Běžná celková ztráta krve v prvních 24 hodinách bývá 300-800 mililitrů. Operační výkon končí sešitím operační rány po jednotlivých vrstvách.

❖ **Mimotělní oběh**

U naprosté většiny operačních výkonů na srdci je nezbytné **použití mimotělního oběhu** (zkratkou MTO nebo ECC).

Co je mimotělní oběh.

Během operace je na určitou dobu funkce srdce a plic nahrazena přístrojem pro mimotělní oběh. Napojení na mimotělní oběh se provádí buď přímo v hrudníku (v případě sternotomie) nebo pomocí krátké rány v třísle (v případě torakotomie). Pacientova žilní krev je vedena hadicí do přístroje, kde je okysličena a pak pod tlakem vedena zpět do tepenného systému pacienta. Srdce je během této doby zastaveno podáním chladného roztoku bohatého na draslík do věnčitých tepen. Pomocí přístroje lze navodit snížení teploty pacienta (celkovou hypotermii), což se využívá k větší

šetrnosti při dlouhých a rozsáhlých výkonech. Po ukončení operace na srdci je obnovena srdeční funkce a přístroj pro mimotělní oběh je odpojen.

Jaké jsou možné nežádoucí účinky mimotělního oběhu.

Užití přístroje pro MTO vyžaduje zavedení silných kanyl do tepen, žil a srdce a naložení příčné svorky na aortu. Mohou být komplikace při zavádění nebo odstraňování kanyl, například krvácení, poranění cév a srdce nebo komplikace po naložení a povolení příčné svorky – embolizace uvolněných částí sklerotických nebo zvápenatělých plátů ze stěny aorty s následky této embolizace (srdeční infarkt, mozková mrtvice, embolie periferních tepen). Kontakt krve s hadicemi přístroje a s částí, kde se krev okysličuje, poškozuje krevní destičky a červené krvinky, aktivuje systémy zánětlivé obrany organismu a působí změny v systému krevní srážlivosti.

Všechny uvedené komplikace jsou málo časté, avšak při jejich těžké podobě vedou k poškození orgánů pacienta, krvácení, selhání ledvin i úmrtí pacienta.

Operace **bez použití přístroje pro mimotělní oběh.**

Tato operace je možná jen u některých bypassů, výkonů na osrdečnicku a PEARS. Pokud to bude technicky možné, bude operace provedena na bijícím srdci, kdy ke stabilizaci části srdeční stěny je užito speciální nastavitelné „rameno“ s přísavkou. Takto je možné vyhnout se použití přístroje pro mimotělní oběh, což snižuje riziko některých komplikací a eliminuje nežádoucí účinky přístroje – viz výše.

Pacient souhlasí v případě nutnosti se změnou postupu a s použitím mimotělního oběhu.

Operace **v zástavě oběhu a hluboké hypotermii.**

Je to část operace s použitím mimotělního oběhu, kdy při náhradě aortálního oblouku nebo jeho části je nutné dočasně zcela zastavit oběh krve tělem pacienta. Předem jsou podány léky pro ochranu mozku, pacient je ochlazen na tělesnou teplotu 26 °C nebo i nižší a okysličená krev pro mozek je podávána kanylami, zavedenými do přírodních cév do mozku. Trvání této fáze bývá obvykle 15-40 minut. Poté se opět spustí mimotělní oběh a tělo pacienta se ohřeje.

❖ **Podání transfuzního přípravku (krevní transfuze)**

Během výkonu či po něm nelze nikdy vyloučit nutnost podání transfuze jednotlivých složek krve získaných z krve dárců (červené krvinky, krevní destičky, plasma). Nepodání transfuze může vést k vážnému poškození zdraví či smrti.

Jaké jsou možné komplikace podání krve a krevních derivátů.

Podání krevní transfuze je většinou bezpečný a účinný výkon, který je zajištěn výrobou kvalitních transfuzních přípravků, správnou indikací transfuze a celou řadou organizačních a kontrolních opatření. Přesto s sebou transfuze nese v 0–2 % případů riziko potransfuzní reakce nebo komplikace.

Nejčastěji se vyskytují – alergická reakce (obvykle ve formě kožní vyrážky), zvýšená teplota nebo horečka, bolesti hlavy.

Mezi vzácné reakce patří - rozpad červených krvinek, těžká alergická reakce, těžká plicní reakce s dechovými potížemi, tvorba protilátek proti krvi dárce, šokový stav, přenos infekčních chorob.

Souhlasím s podáním transfuzního přípravku během operace a v pooperačním období: ANO NE
Svůj souhlas může pacient kdykoliv odvolat.

❖ **Režim pacienta po provedení výkonu**

Na JIP je pacient po několik hodin udržován v celkové anestezii a poté je probuzen a odpojen od dýchacího přístroje. Je monitorováno EKG, tepenný krevní tlak, centrální žilní tlak, tvorba moči, obsah kyslíku v krvi a potřebné laboratorní hodnoty. Jsou prováděny veškeré potřebné postupy intenzivní péče, které respektují Vaše přidružená onemocnění. Je vedena podrobná bilance tekutin, sledován srdeční rytmus a krevní tlak, zpočátku denně laboratorní vyšetření krve a moči, kontrolní EKG, RTG plic, echokardiografie. Jsou podávány potřebné medikamenty nejdříve v injekčních a později v tabletových formách, při pomalé srdeční frekvenci je spuštěna kardiostimulace pomocí dočasných elektrod.

Pooperační rehabilitace začíná již první pooperační den na lůžku a od druhého pooperačního dne mimo lůžko, pokud to dovolí stav pacienta.

Příjem potravy ústy je zahájen několik hodin po probuzení a odpojení od dýchacího přístroje (nejprve tekutiny a od prvního pooperačního dne již dle tolerance pevná strava).

❖ **Rizika a komplikace v souvislosti s operací**

- krvácení během operace nebo pooperačně, s potřebou transfuze a ojediněle s nutností nové operace,
- porucha krevní srážlivosti, která vyžaduje dodání srážecích faktorů krevními deriváty,
- zhoršení funkce orgánů – ledvin, jater, dočasně nervové poruchy, poruchy dýchání,

- drobné či významnější poruchy hojení operačních ran, ojediněle s nutností operační léčby,
- změna kožní citlivosti kolem operační rány,
- v různé době od operace se může vyskytnout tekutina kolem plíce nebo tekutina v osrdečniku (kolem srdce), kterou je třeba jednorázově či opakovaně vypustit,
- selhání srdce zejména v závislosti na jeho stavu před operací a vznik arytmií (nepravidelnosti srdečního rytmu),
- napojení na ECMO.

ECMO – jedná se o invazivní orgánovou podporu, kdy je pacient napojen na mimotělní krevní oběh, který umožňuje u pacienta plně nahradit jak funkci srdce, tak i funkci plic. Po napojení pacienta pomocí speciálních kanyl na přístroj je krev z jeho těla nasávána speciální pumpou a vedena do oxygenátoru, což je v podstatě umělá plíce, kde se krev okysličuje a následně je pumpou vrácena zpět do krevního oběhu pacienta.

Vzácně se může vyskytnout selhání ledvin, mozková mrtvice, pooperační infarkt myokardu, těžká porucha funkce plic, uzávěr bypassu, porucha funkce chlopně, selhání více orgánů, celková infekce, alergická reakce – kopřivka se svěděním kůže, dechové potíže, slabost, nízký krevní tlak až šokový stav. Při operaci krkavice může ojediněle dojít k poranění periferních nervů v oblasti operační rány, což může vést k omezení hybnosti jazyka či chrapotu.

❖ Délka hospitalizace a rekonvalescence

Při příznivém průběhu je délka hospitalizace 7-10 dní. V průběhu **rekonvalescence** je třeba dodržovat 8-12 týdnů šetrný režim bez zvedání břemen, bez zátěže hrudníku, s prevencí pádů. V rámci rehabilitace zvládat procházky a dechová cvičení. Vzhledem k rozsáhlé ráně na hrudníku lze řízení automobilu doporučit nejdříve 3-4 týdny od data operace. Má-li pacient odebraný žilní štěp z dolní končetiny, je třeba končetinu 4 týdny od operace na denní chození bandážovat elastickým obinadlem, při přetrvávání otoků i déle. Doporučujeme užívat léky podle rozpisu lékaře v propouštěcí zprávě a dodržovat pravidelné kontroly praktickým lékařem a kardiologem. Kontrola v naší kardiologické ambulanci bude v termínu určeném v propouštěcí zprávě, zpravidla 1 měsíc od propuštění.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

Plánovaný výkon:

Operace srdce

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Celková anestezie

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace kardiologického výkonu v celkové anestezii. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím. Je mi známo, že mi může být v průběhu hospitalizace/ambulantní léčby aplikována jedna nebo více krevních transfuzí s čímž rovněž souhlasím. Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle. Jsem si vědom(a) toho, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

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.

V Ostravě dne:

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