

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Zavedení kaválního filtru (dočasný\*, odstranitelný\*, trvalý\*)

#### 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 zavedení kaválního filtru.

#### Co je zavedení kaválního filtru:

Jedná se o zákrok, při kterém Vám pro zvýšené riziko plicní embolizace (vmetku do plic) bude zaveden do oblasti dolní duté žíly (velká žíla, která sbírá krev z dolní poloviny těla a přivádí ji k srdci) „košíček“. Jeho úkolem je zabránit vniku krevní sraženiny do plicního řečiště, který Vám v důsledku Vašeho současného zdravotního stavu hrozí. Je-li toto riziko přechodné - tj. několik dní (např. v průběhu plánovaného operačního zákroku) bude Vám zaveden filtr odstranitelný nebo dočasný, je-li toto riziko dlouhodobé (např. při neúčinnosti obvyklé léčby proti vzniku krevních sraženin nebo při dlouhodobé nemožnosti jejího podání pro nebezpečí krvácení) zavedeme Vám filtr trvalý. Alternativou tohoto výkonu může být kavoplikace. Chirurgický zákrok, při kterém se vytvoří v dolní duté žíle podobná umělá překážka. Operace ale pro Váš organismus představuje vysokou zátěž a právě z tohoto důvodu byla zcela nahrazena touto moderní metodou, zavedením kaválního filtru.

#### Alternativy výkonu:

Výkon nemá adekvátní alternativu.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Den před vyšetřením je požadováno zvýšit příjem tekutin. V den vyšetření, 4 hod 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. Výkon se vždy provádí za hospitalizace, většinou akutně. Doba hospitalizace po výkonu je individuální u každého pacienta, minimálně několik dnů.

**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*

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon se provádí pod rentgenovou kontrolou, v místním znecitlivění. Po vpichu do velké žíly v oblasti třísla, v podklíčkové oblasti nebo na krku Vám bude zaveden katétr (cévka), kterým provedeme nástřík žilního systému kontrastní látkou a definitivně rozhodneme o zavedení filtru a jeho umístění (většinou pod ledvinné žíly, výjimečně nad jejich vyústění do dolní duté žíly) - o výsledku a dalším postupu Vás budeme ihned informovat. Poté následuje zavedení kavální filtru většinou stejným vpichem, ve výjimečných případech je nutno zvolit jinou výše uvedenou přístupovou cestu, opět v lokálním znecitlivění. „Dočasný“ kavální filtr je odstraněn stejnou cestou do 10-12 dnů, „odstranitelný“ z dalšího vpichu v místním znecitlivění za 12 - eventuelně dle zdravotního stavu po úpravě jeho polohy pod rentgenovou kontrolou novým vpichem v místním znecitlivění - i více dní, případně může být ponechán natrvalo stejně jako „trvalý“. Pacienti se zavedeným odstranitelným i trvalým filtrem mohou být vyšetřováni magnetickou resonancí, u žen při zavedeném kaválním filtru pod ledvinné žíly není zásadně doporučováno těhotenství.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Komplikace u tohoto výkonu nejsou časté, vyloučit je však nedokáže žádný lékař. Patří mezi ně alergické reakce (reakce z přecitlivělosti), možnost zhoršení funkce ledvin v důsledku podání kontrastní látky, krvácivé komplikace (v místě vpichu - modřina, krvácení apod. nebo při poranění dolní duté žíly krvácení do oblasti mezi zádové svalstvo a břišní dutinu). Může dojít i k ucpání kaválního filtru krevními sraženinami a následně při obvyklém umístění pod ledvinnými žilami k otokům dolních končetin, k rozvoji křečových žil a eventuelně i bércovým vředům. Rizikem je i možnost posunutí filtru v cévním řečišti. Při vzácném umístění kaválního filtru nad ledvinné žíly může v případě jeho ucpání dojít i k selhání funkce ledvin s nutností dlouhodobé léčby „umělou ledvinou“.

### 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 dřevě, 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:

Po výkonu musíte bezpodmínečně ležet 4 hodiny. V případě zavedení kaválního filtru přístupem z třísla bude místo vpichu stlačeno po dobu 4 hod pískovou zátěží. Je vhodné zvýšit příjem tekutin minimálně na 1-1,5 litru (kontrastní látka je z těla vyloučena ledvinami). Po uplynutí 4 hod můžete, pokud to Váš zdravotní stav dovoluje, chodit.

Je-li vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu po výkonu podání antikoagulační léčby možné, bude Vám tato léčba doporučena dlouhodobě (brání vzniku krevních sraženin, ale zároveň zvyšuje riziko krvácivých komplikací a vyžaduje pravidelnou laboratorní kontrolu - většinou 1x měsíčně - stanoví lékař).

### Identifikační údaje pacienta(tky):

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

### Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

### Plánovaný výkon:

<b>Zavedení kaválního filtru (dočasný*, odstranitelný*, trvalý*)</b>
--

### Vysvětlující pohovor provedli:

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

Identifikace pacienta (nebo štítek):

Příjmení

a jméno: \_\_\_\_\_

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

Číslo: 072

RČ: \_\_\_\_\_ 17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba, Česká republika

Revize: 05

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.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto výkony provedeny.

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.

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