

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s operací snížené průchodnosti krční tepny aterosklerotickými hmotami – její zprůchodnění

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

**Operace snížené průchodnosti krční tepny
aterosklerotickými hmotami – její zprůchodnění**

Účel výkonu

Účelem tohoto operačního výkonu je významně snížit riziko cévní mozkové příhody (tzv. „mrtvice“) či jejího opakování a také zlepšit průtok ve zúžené tepně vedoucí krev k mozku odstraněním aterosklerotického plátu.

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili sníženou průchodnost krční tepny aterosklerotickými hmotami (pláty). Tyto pláty mají tendenci postupně narůstat a snižovat průtok krve do mozku. V určitých případech není vzácné, že se část aterosklerotického plátu uvolní, vycestuje po proudu krevního řečiště a zapříčiní uzávěr koncové mozkové tepny – ischemickou cévní mozkovou příhodu (lidově „mrtvici“). Operační výkon se provádí plánovaně a primárně v celkové anestezii. V určitých případech se může provést i v tzv. blokové anestezii, tj. při vědomí pacienta ve znecitlivění pouze operované části krku. Cílem operačního výkonu je snesení (odstranění) aterosklerotických plátů uvnitř tepny. Toho je docíleno jejím dočasným uzávěrem, otevřením a snesením aterosklerotických hmot za použití operačního mikroskopu. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách. Z operační rány je standardně vyveden drén, který zabraňuje vzniku hematomu (viz níže).

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je zlepšení průtoku tepnou a zvýšení průtoku krve do mozku. Dalším předpokladem je významné snížení rizika vzniku či opakování cévní mozkové příhody a tím spojených neurologických komplikací.

Alternativa výkonu

Alternativou k operačnímu výkonu je zavedení stentu intervenčním radiologem pomocí katetru (zavaděče) přes třísko za rentgenové kontroly. Tato léčebná metoda má však své limity a uchylujeme se k ní především ve chvíli, kdy pacient netoleruje dočasný uzávěr tepny během operačního výkonu.

Možná rizika zvoleného výkonu

- krvácení – při velkém krvácení většinou následuje operační revize za účelem odstranění krevních sraženin v operační ráně,
- vznik cévní mozkové příhody uvolněním aterosklerotických hmot během operačního výkonu či v časném pooperačním období (velmi vzácná komplikace),
- podráždění či poškození podjazykového nervu (nervus hypoglossus) s následnými obtížemi s mluvenou řečí, polykáním a žvýkáním mohou přetrvávat až 4 měsíce po operaci (velmi vzácná komplikace pod 1 %),
- podráždění či poškození bloudivého nervu (nervus vagus) či jeho větve (nervus laryngeus recurrens) chrapotem či jinou poruchou tvorby hlasu, odeznívá většinou během několika hodin až dnů,
- infekční komplikace spojené s hojením rány.

Následky výkonu

Následkem každého operačního výkonu je jizva.

Vážená paní, vážený pane,
Váš přijímací nebo ošetřující lékař Vám velmi ochotně zodpoví případné dotazy či nejasnosti ohledně Vaší hospitalizace, operačního výkonu i pooperačního období. Proto nás v případě dotazu neváhejte kontaktovat.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude/případně může být implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina