

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

### ZEVNÍ NEBO ZEVNĚ-VNITŘNÍ DRENÁŽ ŽLUČOVÝCH CEST (PTC/PTD)

Vážená paní, vážený pane,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám doporučil ošetřující lékař **zavedení zevní, nebo zevně-vnitřní drenáže žlučových cest**. Podle současných právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativ (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

#### Příprava k výkonu.

Při výkonu je nepřípustné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat na lůžkovém oddělení šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla. Před vyšetřením s podáním jodové kontrastní látky u Vás **musí být provedena příprava podáním léků**. Většinou jde u dospělého o dvě tablety Dithiadenu, které spolknete hodinu před vyšetřením nebo Vám bude podán Dithiaden injekčně do svalu těsně před výkonem. Tuto dobu je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál pracoviště! V některých případech (vícečetná alergie u pacienta, alergie na jód atp.) o změně této přípravy rozhodne indikující lékař, nebo specialista podle daného medicínského problému. **Před vyšetřením s podáním kontrastní látky je nutno 4 hodiny lačnit. Tekutiny lze požit ještě do 2 hodin před výkonem.** Pokud jste si vědom(a), že jste tuto dobu nedodržel/a, nebojte se upozornit včas personál AG pracoviště, aby nedošlo k ohrožení vašeho zdraví nebo života. Je nutné ráno požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou na AG pracoviště), nerozhodne-li ošetřující lékař jinak. Ošetřujícího lékaře upozorněte před AG vyšetřením na **srážlivosti** krve či užíváte-li Warfarin; v případě **virového onemocnění jater a AIDS**, prosím, informujte ošetřující personál. Před výkonem budete dostávat širokospektrá antibiotika.

#### Postup při výkonu.

Jedná se o intervenční radiologický výkon, při kterém se pomocí speciálních pomůcek pod kontrolou rentgenového záření provede po předchozím zaměření ultrazvukem a pod kontrolou rentgenového obrazu nápich nitrojaterních žlučovodů, jejich zobrazení pomocí kontrastní látky a v případě potřeby pak zavedení předtvarovaného drénu, který propojí žlučové cesty se zevnějškem (tzv. zevní drenáž) nebo s dvanáctníkem (tzv. zevně-vnitřní drenáž) a odvede městnající a hromadící se žluč navenek do sběrného sáčku, nebo do střeva. Pokud by žluč nebyla odvedena z jater, došlo by po určité době k jejich selhání. Výkon se provádí v místním znecitlivění a nejčastěji v tzv. analgosedaci (do žíly podávané silné zklidňující léky a léky proti bolesti), většinou v poloze na zádech přes břišní stěnu v pravém podžebří. Během výkonu je podávána kontrastní látka, která se v malém množství může dostat do cévního řečiště. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem pracoviště, tj. leželi v klidu, zadrželi dech a prováděli další jednoduché úkony. Délka vyšetření se většinou pohybuje od 30 do 120 minut.

#### Rizika, následky a možné komplikace výkonu.

**Výkon není zcela bez rizika.** Úmrtí v souvislosti s výkonem je vzácné. Metoda využívá k vyšetření **rentgenového záření**. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. Při výkonu se podává malé množství kontrastní látky, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornil(a) jak indikujícího lékaře, tak personál AG pracoviště, že máte **alergii** jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější. Během zavádění instrumentaria (pomůcek) může v malém počtu případů dojít k porušení větší cévy v játrech nebo v jejich okolí a krvácení do dutiny břišní anebo do žlučovodů, tato komplikace je řešitelná mini invazivně cestou vnitřku cév vedoucích do jater anebo chirurgickou operací. V některých případech dojde k porušení stěny střeva nebo žlučovodu a úniku žluče nebo střevního obsahu do dutiny břišní nebo do krve. Tato komplikace většinou nemá při dokončeném výkonu závažné následky pro Vaše zdraví, může si však vyžádat i akutní operaci. Poranění pohrudnice nebo plic je mimořádně vzácné, ale není zcela vyloučeno, opět s nutností intenzivní léčby. Městnající žluč bývá často infikována, nemůžeme proto vyloučit ani vznik komplikací infekčních, i když výkon je provádět v tzv. antibiotické cloně.

### Chování po výkonu, možná omezení.

Výkon se provádí pouze za hospitalizace. Po výkonu bude nutné setrvat na lůžku alespoň 24 hodin. Dodržováním těchto pokynů předejdete vzniku vážnějších komplikací. Drén zavedený do žlučododů bude fixován ke kůži chirurgickým stehem nebo jinými prostředky. Přesto je třeba se mít na pozoru, aby nedošlo k jeho vysunutí. Řešení této komplikace nemusí být snadné. Drén bude napojen na sáček a bude sledováno množství odcházející žluče. Sami proto sáček nevyprazdňujte. Budete sledováni školeným personálem, přesto včas upozorníte na neobvyklé pocity, jako je třesavka, pocit horečky, slabost, bolest nebo krvavý obsah v sáčku. Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

- ✓ Byl/la jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).
- ✓ Byl/la jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/la jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).
- ✓ Byl/la jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.
- ✓ Byl/la jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.
- ✓ Byl/la jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.
- ✓ Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.
- ✓ Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).
- ✓ Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)
- ✓ Prohlašuji, že jsem byl/la poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života. V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a, a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).**

V Plzni dne: .....v ..... hod.

**Pacient/ka:** ..... **rodné číslo** .....

**Zákonný zástupce:** ..... **příbuzenský vztah** .....

**Podpis pacienta/pacientky:** .....

Lékař provádějící poučení .....  
jmenovka, podpis

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen/schopna informovaný

souhlas podepsat, z důvodu: .....

Způsob projevu souhlasu: .....  
(kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob)

podpis zákonného zástupce nebo svědka