číslo 223 revize 00
platnost od 4. 10. 2023

INFORMOVANÝ SOUHLAS

FLEBOGRAFIE DOLNÍ KONČETINY

Vážená paní, vážený pane,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám (Vám svěřené osobě) doporučil ošetřující lékař **provedení flebografie dolní končetiny.** Podle právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás (Vám svěřené osoby) 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 alternativách (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

Příprava k výkonu.

Výkon provádíme ambulantně nebo za hospitalizace a to na angiografickém pracovišti. 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 Vám ponechat doma 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 do cévy u Vás **musí být provedena příprava podáním léků**. Většinou jde u dospělého o dvě tablety Dithiadenu, které spolknete dvě hodiny před vyšetřením, nebo Vám bude podána injekce Dithiadenu do svalu těsně před výkonem. Tuto dobu je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál AG 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. Jelikož Dithiaden uspává, nesmíte po jeho požití řídit a měl/a byste mít doprovod jiné osoby.
Od půlnoci před výkonem nejezte a nepijte. Těsně před výkonem je vhodné se vymočit, pokud nemáte zavedenou cévku. Před výkonem je také nutné užít ranní medikaci na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu apod. Indikujícího lékaře upozorněte před AG vyšetřením na **poruchy funkce ledvin**, **alergii, poruchu srážlivosti krve, užívání léků proti srážení krve, cukrovku nebo onemocnění štítné žlázy.** Tento lékař je v rámci přípravy k výkonu povinen zajistit v součinnosti s Vámi v náležitém předstihu speciální režim přípravy. V případě **virového onemocnění jater a nemoci AIDS** nás prosím před vyšetřením informujte.

Průběh výkonu.

Jedná se relativně jednoduchý výkon, kdy se z některé žíly na noze či hleznu vpraví kontrastní látka do vnitřku v žil dolní končetiny a pánve čímž se žíly v rentgenovém obrazu zviditelní. **V úvodu vyšetření vpravíme drobnou kanylu do některé periferní povrchní žíly, což nemusí být v některých případech snadné.** Potom Vám na mírně nakloněném vyšetřovacím stole vpravíme do žil dolní končetiny kontrastní látku v podobě tekutiny. Při vstřikování kontrastní látky můžete uvnitř těla pociťovat teplo. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem

angiografického pracoviště, tj. leželi v klidu a prováděli další jednoduché úkony. Délka vyšetření se většinou pohybuje kolem 30 minut.

Po výkonu kanylu odstraníme a vpich krátkodobě stlačíme.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu.
Ani toto relativně jednoduché vyšetření není zcela bez rizik. Metoda využívá k vyšetření rentgenového záření. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. V případě těhotenství vyšetřované osoby může však dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj. Při flebografii se podává do cévy kontrastní látka, jejíž hlavní součástí je jód. Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější. Je proto nutné, abyste upozornil/a jak indikujícího lékaře, tak personál AG pracoviště, že máte **alergii** jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Při zhoršených ledvinných funkcích může dojít v souvislosti s podáním jódové kontrastní látky k dalšímu prohloubení **ledvinné nedostatečnosti**, čemuž lze zabránit dostatečným zavodněním před a po výkonu a použití speciální kontrastní látky. Komplikace v místě vstupu do cévního systému jsou vzácné, nejčastější je drobný krevní výron, velmi vzácně infekce nebo jiné. Extrémně vzácně může dojít k trombóze žil či plicní embolii. Velká část těchto komplikací je řešitelná, může však vyžadovat hospitalizaci. Úmrtí v důsledku výkonu je naprosto vyjímečné.

Chování po výkonu, možná omezení.
Personál našeho oddělení Vám zastaví krvácení z vpichu, vpich ošetří a minimálně půl hodiny po výkonu ještě musíte setrvat na pracovišti. Pokud se vpichu rozkrvácí opožděně, je třeba jej dlouhodobě stlačit a po zastavení krvácení raději ještě navštívit lékaře. Po návratu z angiografického vyšetření doporučujeme hodně pít, den po výkonu se vyhněte fyzické námaze. Nejste-li léčeni pro cukrovku, je vhodné ještě 2 hodinové lačnění. Máte-li cukrovku, lze po návratu na oddělení podat jídlo dle doporučení ošetřujícího lékaře s podáním příslušné dávky inzulinu, anebo ústy podávaných přípravků pro léčbu cukrovky. Odstranění obvazu doporučujeme za 24 hodin, klidný vpich potom můžete i koupat. Při jakékoli nápadnější změně vzhledu vpichu vyhledejte lékaře. Totéž platí o změněné barvy, teploty, hybnosti a citlivosti dolní končetiny kdykoli po výkonu!

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/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu). Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům). Byl/a 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/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony. Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se

rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. 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/a 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 přerušení 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 ……

……

Příjmení, jméno, titul pacienta (zákonného zástupce)

Podpis: ……