



**SOUHLAS PACIENTA/TKY – ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S OŠETŘENÍM PSEUDOANEURYSMATU
V TŘÍSLE POD UZ KONTROLOU**

Pacient		
Jméno:	<input type="text"/>	Štítek:
Příjmení:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/>	
Telefon:	<input type="text"/>	
Zákonný zástupce: Jméno:	<input type="text"/>	Příjmení: <input type="text"/>

Účelem tohoto zdravotního výkonu je

Ošetření pseudoaneurysmatu v třísle pomocí trombinu (léčiva, které vyvolává srážení krve)

Možné komplikace: krvácení, alergická reakce, uzavření cév dolní končetiny

Alternativy výkonu:

Zobrazení: Výpočetní tomografie

Léčba: chirurgická operace

Popis výkonu včetně jeho rizik je vysvětlen v poučení na str. 2 a je nedílnou součástí tohoto souhlasu.

Beru na vědomí, že po podání kontrastní látky je nebezpečí poškození funkce ledvin a vzniku alergických reakcí, po podání léků na zklidnění, podaných ke snížení pravděpodobnosti alergické reakce, mohou být spavý/á. Beru na vědomí zákaz řízení motorových vozidel po dobu 24 hodin od aplikace.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací, odpovédím jsem porozuměl/a a beru je na vědomí.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Prohlašuji, že 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.

Každé RTG vyšetření spadá do kategorie lékařského ozáření a je tedy spojeno s potenciálním zdravotním rizikem, které závisí na radiační dávce odpovídající charakteru zvoleného protokolu. V dlouhodobém časovém horizontu může být zvýšena pravděpodobnost vzniku šedého zákalu oční čočky nebo zhoubného nádorového děje ve vyšetřené oblasti. Technické podmínky každého RTG (tedy i CT) vyšetření jsou nastaveny tak, aby ozáření bylo co nejmenší (optimalizace dávky). Detailnější informace lze najít na webu Státního úřadu pro jadernou bezpečnost (SÚJB) – <http://www.sujb.cz/radiacni-ochrana/oznameni-a-informace/pouzivani-rentgenu-lekarske-ozareni/>

V případě podezření na komplikace v pracovní době kontaktujte lékaře Angio-intervenčního oddělení, Radiologické kliniky tel. 495 836 213, mimo pracovní dobu lékaře Oddělení urgentní medicíny FN HK (tel. 495 83 klapka 4120 event. 4130)

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby (po přečtení poučení str. 2).



POUČENÍ – ČTĚTE POZORNĚ!!!

Úvod	Ošetření výdutě cévy po předchozí katetrizaci pomocí aplikace látky vyvolávající srážení krve.
Popis výkonu	Pod ultrazvukovou kontrolou se do místa výdutě tepny po předchozím katetrizačním zákroku aplikuje pomocí jehly látka podporující srážení krve.
Komplikace	<ul style="list-style-type: none">- krvácení a krevní hematom v místě vpichu,- poranění katetrizované cévy,- zánětlivé komplikace,- jiné – vždy vysvětluje vyšetřující lékař.

Zárok mi byl dostatečně vysvětlen v celém rozsahu, všemu rozumím a беру na vědomí.
Mohl/a jsem se zeptat i na alternativy možné léčby a případné komplikace.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne v hod.

Podpis pacienta/ky

Jmenovka a podpis lékaře/řky

Souhlas a podpis zákonného zástupce