



## SOUHLAS PACIENTA/TKY – ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S TJB JATER POD UZ KONTROLOU

Pacient Jméno:	<input type="text"/>	Štítek:	<input type="text"/>
Příjmení:	<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

### Odběr vzorků jaterní tkáně z jaterní žíly vpichem do krční žíly pod UZ

Možné komplikace: krvácení, alergická reakce, poškození ledvin,

Alternativy výkonu:

Nejsou výkon se provádí pokud není možná biopsie přes stěnu břichní (při poruše srážlivosti, ascitu)

**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	<b>Cirhóza jater</b> je dlouhodobé onemocnění jater při kterém dochází k odumření jaterních buněk, tvorbě vaziva a uzlové přestavbě jater. Přestavba jater vede k hromadění krve vrátnicové (portální) žíly před játry, které vede ke tvorbě varixů nejčastěji v žaludku a jícnu. Dále dochází k hromadění tekutiny v dutině břišní nebo hrudníku. Krvácení z jícnových varixů Vás ohrožuje na životě, obzvláště když se jistě opakuje po endoskopické léčbě.
Cíle léčby	Cílem léčby je zabránění opakování krvácení a/nebo zlepšit vstřebávání tekutiny z dutiny břišní nebo hrudní.
Popis metody	Výkon se provádí v místním znecitlivění vpichem do žíly na krku. Pak se zavede cévka (katétr) do jaterní žíly. Následně se pomocí bioptické jehly odeberou vzorky jaterní tkáně pod RTG kontrolou ze střední nebo pravé jaterní žíly napichne větev vrátnicové žíly a po vodiči se zavede balónek a pak stent (výztuž), pomocí kterých se v játrech vytvoří kanál. Vpich na krku se uzavře ručním stlačením místa vpichu na 5 min.
Péče po výkonu	Po léčebném zákroku je nutné dodržet klid na lůžku 24 hod., ošetřujícím personálem Vám budou kontrolovány tlak, puls, místo vpichu. Je nutný dostatečný příjem tekutin.
Komplikace	<ul style="list-style-type: none"><li>- krvácení a krevní hematom v místě vpichu,</li><li>- alergická reakce na kontrastní látku,</li><li>- poškození ledvin,</li><li>- poranění katetrizované cévy,</li><li>- jiné – vždy vysvětluje vyšetřující lékař.</li></ul>

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

Souhlas a podpis zákonného zástupce

Jmenovka a podpis lékaře/řky