

KAVÁLNÍ FILTR

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) vyžaduje zavedení nebo odstranění kaválního filtru. Kavální filtry se dělí na trvalé a odstranitelné, o typu filtru rozhodne indikující lékař po domluvě s intervenčním radiologem. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Důvod Vám byl sdělen ošetřujícím indikujícím lékařem při návrhu vyšetření včetně možností náhradního postupu.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Příprava k výkonu

Při výkonu je nepřipustné, 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 kontrastní látky do cévy je nutno minimálně 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. Je nutné 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.

Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější.

Doprovod dítěte musí zajišťovat osoba, která je ochotna a schopna s dítětem setrvat ve vyšetřovně. Nesmí proto být těhotná.

Ošetřujícího lékaře upozorněte před AG vyšetřením na **poruchy funkce ledvin**, kdy je použita pro ledviny šetrnější kontrastní látka; **cukrovku**, s tím související požívání léků, z nichž některé je nutné 2 dny před AG vysadit; je-li Vám známá **porucha srážlivosti krve** či užíváte-li Warfarin; máte-li **strumu** či **zvýšenou funkci štítné žlázy**, je nutné 2 dny před výkonem a 3 týdny po něm užívat léky k tomuto určené; v případě **virového onemocnění jater a AIDS**, prosím, informujte ošetřující personál.

Postup při výkonu

Jedná se o miniinvazivní výkon, při kterém se do dolní duté žíly zavede speciální implantát (pomůcka), tzv. kavální filtr, který Vás chrání před plicní embolií, která, není-li léčená, v až 35 % končí smrtí.

Během výkonu je podávána kontrastní látka do cévního řečiště za kontroly rentgenového záření k přesnému umístění filtru do dolní duté žíly a kontrole případných komplikací výkonu. Přístup do cévního

řečiště je cestou stehenní žíly v třísele nebo cestou krční žíly (vena jugularis interna), výjimečně cestou pažní žíly. Výkon se provádí v místním znecitlivění, nápich žíly často pod sonografickou kontrolou. Při vstříkávání kontrastní látky můžete uvnitř těla pociťovat teplo. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem angiografického pracoviště, tj. leželi v klidu, zadrželi dech a prováděli další jednoduché úkony.

Odstranění kaválního filtru probíhá zcela obdobným způsobem i přístupem. Délka vyšetření se většinou pohybuje od 30-60 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

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 výkonu se podává do cévy kontrastní látka, 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.

Komplikace v místě vstupu do cévního systému jsou vzácné, nejčastější je krevní výron, méně časté pak infekce, cévní uzávěry a zkraty mezi tepnou a žílou (tato komplikace při nápichu žíly pod sonografickou kontrolou nebyla v literatuře popsána).

Komplikace při vlastním výkonu jsou vzácné. Jedná se o průnik části filtru stěnou dolní duté žíly, který nevede k život ohrožujícímu krvácení a je ve většině případů bezpříznakový. Velmi vzácný je posun filtru k srdci, eventuálně do pravé síně srdeční. V případě zachycení velké krevní sraženiny ve filtru může dojít k uzávěru dolní duté žíly, a to většinou v delším časovém odstupu po výkonu (3-28%), i tuto komplikaci lze řešit na AG pracovišti pomocí trombolýzy (rozpuštění sraženiny speciální látkou). I přes zavedený filtr může dojít k embolii do plicnice, jedná se převážně o malé tromby do 5 mm, tato komplikace se vyskytuje do 5 % případů. Smrt v souvislosti s výkonem je raritní.

Chování po výkonu, možná omezení

Po ukončení výkonu Vám bude po dobu asi 10 minut stlačen vpich do cévy, aby došlo k jeho uzavření, poté bude přiložen tlakový obvaz pomocí pruhů náplastí. V případě **vyšetření z třísla** je nutné dle setrvat na lůžku 8 až 12 hodin, přesnou informaci Vám sdělí personál AG pracoviště.

Kontrastní látka se převážně vylučuje ledvinami, je tedy vhodné po vyšetření **zvýšit příjem tekutin**, pokud to není v rozporu s Vaším zdravotním stavem či léčbou. Tím se vyloučení této látky urychlí. Nejste-li léčeni pro cukrovku, je vhodné po výkonu ještě 2 hodinové lačnění. Máte-li cukrovku, lze po návratu na oddělení podat jídlo dle doporučení ošetřujícího lékaře s podáním příslušné dávky insulínu, anebo ústy podávaných přípravků pro léčbu cukrovky.

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, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

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.)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 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).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný.

Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný.

Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěddek:

jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)