

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

Kardiologické oddělení, Oddělení neinvazivní kardiologie tel. 577 552 513

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění, o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient)

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

TEST NA NAKLONĚNÉ ROVINĚ – HUT (HEAD UPRIGHT TILT TABLE TESTING)

Vyšetření hodnotí reakci krevního tlaku a srdeční frekvence na změnu polohy z lehu do stoje a na dlouhodobé stání.

Indikace vyšetření:

Test je indikován v rámci vyšetřování příčiny stavů charakterizovaných náhle vzniklým bezvědomím spojeným s pádem s následným návratem vědomí a úpravou celkového stavu do několika minut.

Postup vyšetření:

1. **Předtestová fáze:** 24 hodin před testem nekouřit, nepít kávu, alkohol, vyvarovat se zvýšené fyzické i psychické zátěže, tepelného stresu.
2. **Klidová fáze:** 5 minut vleže v klidu na zádech v horizontální poloze (sklon stolu 0 stupňů). V průběhu fáze se provádí masáž karotických sinů k vyloučení syndromu hypersensitivního karotického sinu.
3. **Pasivní fáze:** Sklopení pacienta (nohama dolů, hlavou nahoru) do polohy 60 stupňů – délka trvání 20 minut.
4. **Aktivní fáze:** Ve 21. minutě aplikace 400ug nitroglycerinu ve spreji pod jazyk – délka trvání 15 minut.

Během celého testu probíhá stále monitorování krevního tlaku, srdeční frekvence a stavu pacienta. Můžeme zaznamenat pokles krevního tlaku, vzestup i pokles srdeční frekvence, nebo kombinace uvedených, které mohou být příčinou bezvědomí při dlouhém stání, nebo po provokaci nitroglycerinového spreje.

Dle potřeby je kdykoliv během testu možné navrácení sklopného stolu do horizontální polohy.

Alternativa:

Ke zhodnocení reakce srdeční frekvence a krevního tlaku na prolongovaný ortostatický stres neexistuje jiná alternativa.

Možné reakce a komplikace testu:

Arytmie s pomalou tepovou frekvencí, arytmie s rychlou tepovou frekvencí.

Pokles až neměřitelný TK.

Nauzea, zvracení, pocení, sucho v ústech. Bolesti hlavy po aplikaci spreje.

Možná omezení v běžném způsobu života:

1. Zavedená periferní žilní kanyla během vyšetření.
2. 24 hodin před testem nekouřit, nepít kávu, alkohol, vyvarovat se zvýšené fyzické i psychické zátěže, tepelného stresu.

Co se stane, když výkon odmítnete?

Ve vyšetřovacím postupu kolapsového stavu tak nemusí být zjištěna jeho pravá příčina a stanovena správná léčba.

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

.....
Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu

.....
Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíší negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient s omezenou svéprávností) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

.....
Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

.....
Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

.....
Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.