

Orientační plán

ODDĚLENÍ

alergologie a klinická imunologie _____
 centrální operační sály a sterilizace _____
 geriatry - ambulance _____
 geriatry - lůžka _____
 intenzivní péče chirurgických oborů _____
 klinické biochemie _____
 klinické logopedie _____
 klinické logopedie - dědičné metabolické poruchy _____
 léčebné výživy _____
 lékárna - hlavní a výdej zdravotnických potřeb _____
 lékárna - výdejna _____
 lékařské fyziky a radiační ochrany _____
 nemocniční hygieny _____
 novorozenecké _____
 plastické a estetické chirurgie - ambulance _____
 plastické a estetické chirurgie - lůžka _____
 klinické psychologie _____
 rehabilitace - ambulance _____
 rehabilitace - lůžka _____
 sociální _____
 transfúzní - dárci krve _____
 traumatologie - chronická ambulance _____
 traumatologie - lůžka _____

KLINIKA

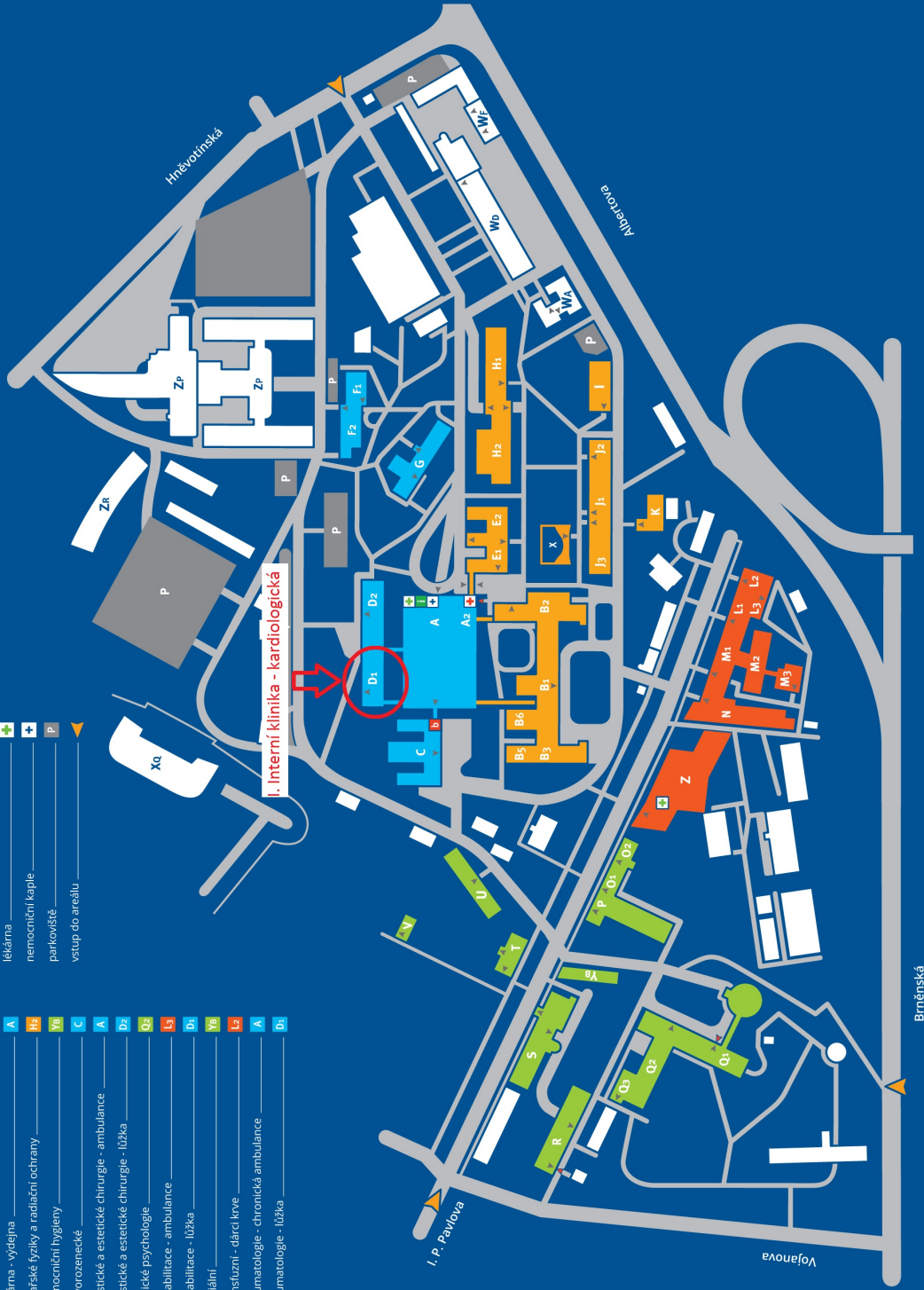
anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína (ARO) _____
 dětská - ambulance _____
 dětská - lůžka _____
 hematologické - ambulance _____
 hematologické - lůžka _____
 I. chirurgie (všeobecná) - ambulance _____
 I. chirurgie (všeobecná) - lůžka _____
 II. chirurgie (cévní-transplantační) - ambulance _____
 II. chirurgie (cévní-transplantační) - lůžka _____
 I. interna (kardiologie) _____
 II. interna (gastro-enterologie, hepatologie) _____
 III. interna (diabetolog, nefrolog, revmatolog, endokrinolog) _____
 III. interna (dialýza) _____
 kardiologie - ambulance, lůžka _____
 kardiologie - JIP _____
 chorob kožních a pohlavních _____
 neurochirurgie _____
 neurologie - ambulance, lůžka _____
 neurologie - JIP _____
 nukleární medicína _____
 nukleární medicína (PET/CT) _____
 oční _____
 onkologie - ambulance, lůžka _____
 onkologie - ozařování, lůžka _____
 ortopedie _____
 ortopedie - infekční jednotka _____
 otolaryngologie (ORL) _____
 plicních nemocí a TBC - ambulance _____
 plicních nemocí a TBC - lůžka _____
 porodnicko-gynekologická - ambulance, lůžka _____
 porodnicko-gynekologická - centrum fetální medicíny _____
 pracovního lékařství - ambulance _____
 psychiatry - ambulance AT _____
 psychiatry - ambulance, lůžka _____
 psychiatry - dětská ambulance _____
 radiologie (RTG, CT, MR, UZ) _____
 radiologie (mamograf) _____
 tělovýchovného lékařství a kardiologické rehabilitace _____
 urologie - ambulance _____
 urologie - lůžka _____
 ústní, čelistní a obličejové chirurgie _____

ÚSTAV

farmakologie _____
 lékařské genetiky _____
 imunologie _____
 mikrobiologie _____
 klinické a molekulární patologie _____
 soudního lékařství a medicíny, práva _____
 teoretická ústavy LF UP _____
 molekulární a translační medicíny LF UP _____

urgentní příjem _____
 LSSP (pohotovost) - dospělá _____
 LSSP (pohotovost) - dětská _____
 LSSP (pohotovost) - zubní _____
 informační centrum _____
 babybox _____
 ředitelství _____
 ombudsman (fedtelství 2) _____
 centrální archiv (pevnůstka) _____
 lékárna _____
 nemocniční kaple _____
 parkoviště _____
 vstup do areálu _____

I. Interní klinika - kardiologická

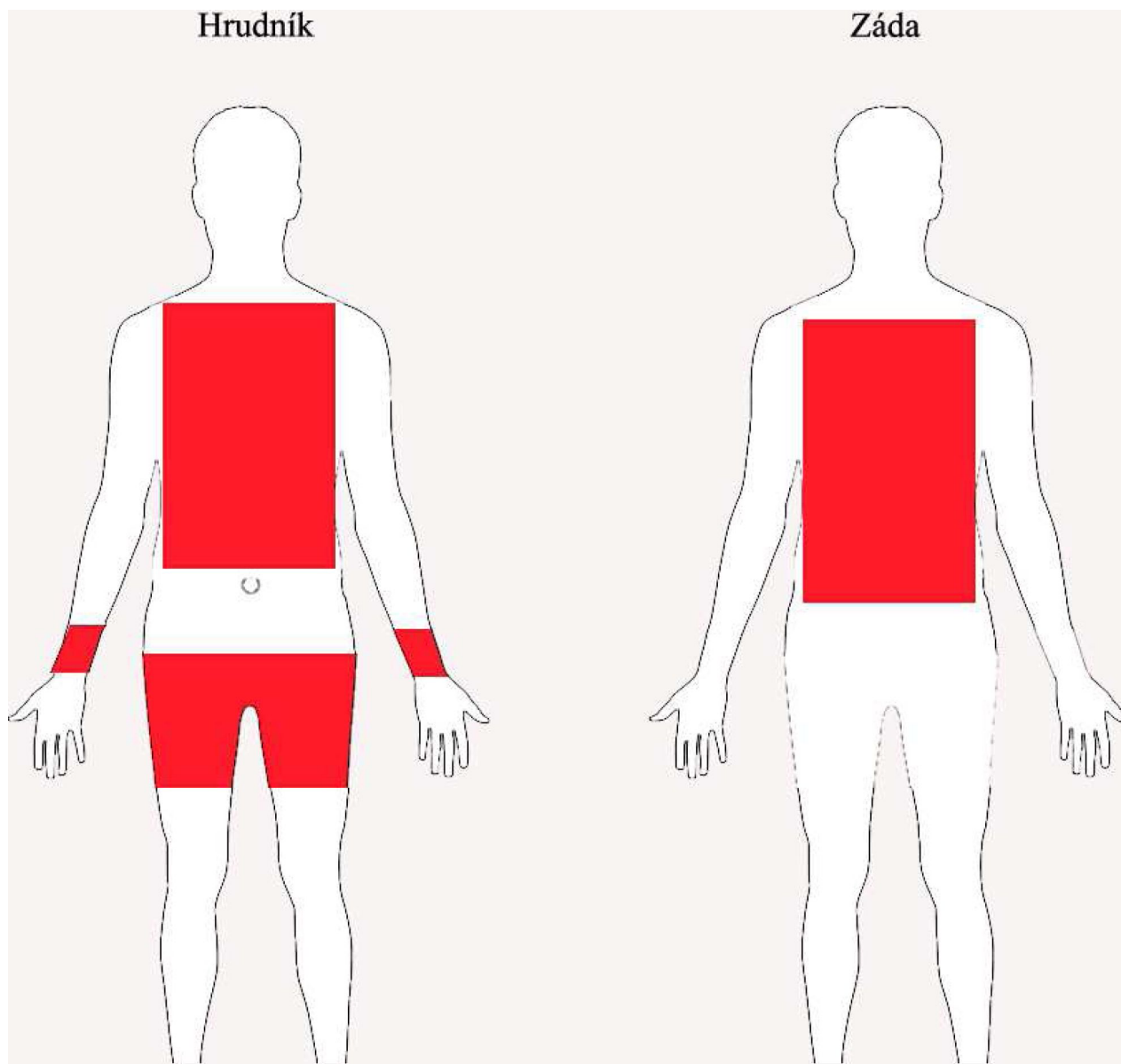


Hospitalizace při katetrizační ablaci fibrilace síní / komorové arytmie

- Hospitalizace potrvá s největší pravděpodobností 2 - 3 dny.
- Vezměte si s sebou základní hygienické potřeby, pyžamo, občanský průkaz, kartičku pojišťovny, dokumentaci pro vyplnění pracovní neschopnosti.
- Zajistěte si prosím odvoz domů při propuštění, optimálně někým z rodiny. Po ablaci se nedoporučuje týden řídit automobil!
- K hospitalizaci je zapotřebí dostavit se zdravý/á - bez virového či jiného zánětlivého onemocnění. V případě akutního onemocnění bude výkon odložen.
- Výkon se provádí při „naředěné krvi“ - u žen nesmí začínat, ani probíhat menstruace.
- V takovém případě bude výkon odložen.
- K hospitalizaci mějte s sebou již vyplněné souhlasy (ablace, echokardiografie, CT, anestezie), pokud jste před přijetím kterékoli z těchto vyšetření již neabsolvovali.
- K přijetí se dostavte již vyholen/vyholena dle přiloženého návodu.
- V den příjmu je nezbytné být nalačno (od půlnoci nejíst ani nepít). Ráno v den přijetí již nebrat ani žádné ranní léky.
- K příjmu se dostavte na ambulanci 1. Interní kliniky - kardiologické FN Olomouc (vchod D1, přízemí viz plánek). Zde budou provedeny krevní odběry, TEE (jícnová echokardiografie), anesteziologické vyšetření a CT (výpočetní tomografie) - pokud již nebylo provedeno předem ambulantně.
- V den výkonu si nenalepujte zubní náhradu, pokud ji máte.
- Samotný výkon trvá zhruba 2-3 hodiny.
- Ablace pro fibrilaci síní provádíme preferenčně v celkové anestezii. Ablace pro komorové arytmie provádíme preferenčně bez anestezie, pouze v místním znecitlivění třísel.
- Po výkonu budete 12 (v některých případech až 24) hodin ležet na zádech s nataženými dolními končetinami.
- 10 dní po ablaci je potřeba šetřit třísla, 3 dny po ablaci je velmi vhodný klidový režim.
- Další léčba Vám bude určena lékařem při propuštění.

Oblasti požadovaného vyholení

Během výkonu budete připojeni k lékařským přístrojům pomocí nalepovacích elektrod, proto je třeba mít vyholený celý hrudník, záda a zápěstí. Vzhledem k přístupu z třísel je nutné i důkladné vyholení této oblasti. Viz obr.



**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s radiofrekvenční ablací fibrilace síní**

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu**Katérová ablace fibrilace síní (odstranění poruchy srdečního rytmu pomocí cévky)****Účel výkonu**

Radiofrekvenční katérová ablace se provádí za účelem odstranění fibrilace síní. Fibrilace síní je porucha srdečního rytmu, která se obvykle projevuje jako pocit nepravidelného a někdy i velmi rychlého bušení srdce. Současně se mohou objevit pocity celkové slabosti, nevykonnosti, dušnosti, případně tlaku na prsou. Fibrilace síní může také vést k pocitům na omdlení nebo dokonce i ke skutečné mdlobě. Pravděpodobně jste některé z uvedených příznaků zaznamenali sami u sebe. Tyto příznaky jsou nepříjemné, ale většinou Vás neohrožují na životě. Fibrilace síní může mít ale i vážnější zdravotní důsledky. Nejvíce jste ohrožováni vznikem krevních sraženin v srdečních síních, které se mohou utrhnout a vycestovat do tepen v různých částech těla a jejich ucpáním způsobit nedokrvění orgánů. Nejnebezpečnější je ucpání tepen v mozku, které vede ke vzniku mozkové příhody. Proto je často nezbytné, abyste užívali protisrážlivou léčbu (Warfarin). Tato léčba Vás může v životě omezovat, především ve fyzické aktivitě a je spojena s vyšším rizikem krvácení. Fibrilace síní, pokud se objevuje často nebo dokonce trvale a pokud je spojena s rychlou srdeční frekvencí, může po určité době zhoršovat funkci srdce jako pumpu a vést k rozvoji srdečního selhání.

Povaha výkonu

Fibrilace síní je složitá arytmie, kdy dochází k nepřetržitému kroužení elektrické aktivity po mnoha náhodných a proměnlivých okruzích v obou srdečních síních. Takovou arytmii není možné ovlivnit ablačním „pálením“ v jednom určitém místě. Tato ablace vyžaduje série pálení, které mechanismus fibrilace síní naruší. Fibrilace síní nejčastěji vzniká a dále se udržuje především v levé srdeční síni. Technicky je levá síň dosažitelná z přímého přístupu při operacích srdce, ale tato metoda se obvykle používá jen tehdy, když se srdce operuje z jiných, závažnějších důvodů (např. výměna srdeční chlopně).

Nicméně máme k dispozici účinný způsob, jak se může fibrilace síní odstranit i při pouhé katetrizaci (bez operace). Na zadní stěně levé síně ústí čtyři plicní žíly, které sem přivádějí okysličenou krev z plic. Ve stěně plicních žil jsou ostrůvky srdeční svaloviny a v nich jsou ložiska, která jsou zdrojem abnormálních elektrických vzruchů. Tyto elektrické vzruchy vstupují v záchvatech do normálního srdečního rytmu a často se subjektivně projevují jako pocity izolovaných přeskočení nebo vynechání srdce. Tato přeskočení se mohou nakupit a za určitých okolností mohou spustit fibrilaci síní, která se pak už udržuje sama. Pokud se podaří tyto nenormální vzruchy odstranit, odstraní se často i fibrilace síní. Těchto ložisek bývá bohužel více a to v jedné i více žilách. K úspěchu je většinou nutné odstranit všechna ložiska.

Zárok se provádí bez celkové narkózy. Po místním znecitlivění se zavádějí srdeční cévky (katétry) vpichem do velkých žil a tepen v tříselech. Pak se katétry posouvají cévami až do srdečních dutin, kde se umístí na různých místech v kontaktu se srdeční stěnou a tak umožňují snímat elektrickou aktivitu přímo v levé síni.

Při samotné katérové ablacii se na koncovou elektrodu jednoho z katétrů přivádí tzv. radiofrekvenční energie, která se mění v energii tepelnou a zahřeje přilehlý ohraničený okrasek srdeční tkáně o průměru asi 5 milimetrů. Tímto mechanismem se v dané oblasti vytvoří drobná jizva, která trvale znemožní vedení elektrických vzruchů v daném místě. Tuto aplikaci radiofrekvenčního proudu - tzv. "pálení" - pacient obvykle vůbec necítí, pokud ano, pak bolest mizí okamžitě po přerušení aplikace radiofrekvenční energie a mohou být preventivně podány léky proti bolesti před dalšími aplikacemi radiofrekvenční energie.

V současné době se tento výkon provádí tak, že kolem ústí plicní žíly se provádí série pálení, která doslova přerušuje elektrické spojení mezi svalovinou levé síně a svalovinou plicních žil. Tímto způsobem se elektricky „odizoluje“ abnormální elektrická aktivita v plicní žíle, která dále nemůže fibrilaci síní spouštět.

Tento druh ablačního výkonu se liší od těch relativně jednodušších arytmií zejména tím, že přístup do levé srdeční síně je obtížnější. Katétry lze snadno zavést žilami do pravé srdeční síně. V přepážce mezi pravou a levou síní je okénko, jímž lze u některých lidí prostrčit katétr volně do levé síně. U většiny lidí je toto okénko překryto blankou, která je pro katétr neprostupná. Přístup lze zjednat pomocí dlouhé zaváděcí hadičky, do níž se zavede dlouhá jehla. Hadička s jehlou zatím skrytou uvnitř se přisune k přepážce, jehla se lehce vysune, propíchne přepážku a hadička se po ní přesune do levé síně. Jehla se následně vytáhne. Hadičkou se do levé síně zavede potřebná cévka. K výkonu jsou potřebné dvě cévky, proto se tento krok musí provést dvakrát.

Alternativa výkonu

Alternativou výkonu je užívání léků. Léky ale nemusí být zcela účinné a potíže a výše uvedená rizika spojená s poruchou srdečního rytmu nemusí vždy plně odstranit. Některé léky mohou mít rovněž nezanedbatelné nežádoucí účinky.

Předpokládaný prospěch výkonu

V případě odstranění fibrilace síní lze očekávat snížení četnosti či plné odstranění potíží a rizik spojených s touto poruchou srdečního rytmu a rovněž i snížení dávky nebo vysazení léků, které mohou mít nezanedbatelné nežádoucí účinky. Úspěšnost prvního zákroku je u záchvatové fibrilace síní kolem 75% u trvalé fibrilace síní kolem 60%. V případě neúspěchu lze zákrok i vícekrát opakovat.

Následky výkonu

V současné době je celková úspěšnost výkonu kolem 70 %, což je méně, než u běžných arytmií, u nichž se blíží celková úspěšnost 100 %. Tyto výkony jsou dlouhé, několikahodinové, technicky mnohem obtížnější a také, jak bylo výše naznačeno, jsou rizikovější. V některých případech dojde k recidivě vedení mezi síní a plicní žilou cílenou ablací, v jiných případech se později projeví jiná ložiska, která nebyla ablací cílena. Proto se u mnoha pacientů (až u 50 %) musí k definitivnímu úspěchu výkon opakovat. Situace je složitější o to, že vliv na vznik a udržování fibrilace síní mají ještě jiné faktory, které tímto druhem ablace zůstanou nedotčeny.

V současné době je obtížné rozpoznat, které z těchto faktorů hrají nejdůležitější roli. Ideálním výsledkem katérové ablace je pochopitelně stav, kdy se odstraní fibrilace síní a pacient už dále nemusí užívat léky na arytmie. Úspěchem je mnohdy i stav, kdy se výskyt fibrilace síní výrazně sníží. Někdy je třeba přijmout skutečnost, že pacient k tomu, aby se cítil lépe, musí nadále užívat původní léky na arytmie.

Po samotném výkonu je nutné ležet na zádech s nataženými dolními končetinami po dobu cca 24 hodin. Dle výsledku katérové ablace pak bude stanovena nutnost další medikace léky. Po nastavení antikoagulační léčby je pacient po několika dnech propuštěn domů.

Možná rizika zvoleného výkonu

- propíchnutí přepážky lehce zvyšuje riziko poranění stěny síně mimo přepážku a krvácení do osrdečníku, toto riziko ale podle zkušeností nepřesahuje 1-2 %, čili není vysoké.
- jde o dlouhý výkon v levé srdeční síní spojený někdy s větším počtem ablačních pálení, je proto potřebné počítat s lehce vyšším rizikem tvorby krevních sraženin a jejich uvolnění do krevního oběhu, k zamezení této komplikace se při výkonu po zavedení katétrů podává účinná protisrážlivá léčba, při této preventivní léčbě byly případy mozkové příhody popsány jen vzácně a výskytem se zásadně neliší od běžných ablací
- existuje riziko, že do dlouhých hadiček proniknou drobné bublinky vzduchu, které v krevním oběhu mohou mít podobné následky jako uvolněné krevní sraženiny, tomu lze předejít jedině pečlivou kontrolou systému hadiček tak, aby do nich při podávání infúzí a injekcí vzduch nepronikl
- další specifickou komplikací tohoto výkonu je možnost, že po poranění ústí plicní žíly ablací může tato žíla zareagovat zúžením, riziko tohoto zúžení je při správném nastavení energie a teploty radiofrekvenčního pálení nízké, ve většině případů jde o zúžení mírné, která nemají žádné dlouhodobé následky, čím dál od žíly je ablace prováděna, tím menší (zřejmě téměř nulové) je riziko zúžení žíly, ale celý výkon je pak technicky obtížnější, je také nutné vysvětlit, že zúžení jedné plicní žíly ještě nemusí znamenat významnou zábranu v toku krve, která by se nepříznivě na krevním oběhu projevila (ve skutečnosti bylo na světě popsáno jen několik takových případů), pokud by se tak stalo, existuje možnost léčby zúžení roztažením žíly a implantací výztuhy, tzv. stentu, tak, jak se to provádí na srdečních tepnách.

Mezi další možná rizika ablačního výkonu obecně rovně patří:

- proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny
- proniknutí krve do břišní, pohrudniční nebo osrdečnickové dutiny
- vznik krevní sraženiny v místě vpichu do žíly nebo tepny
- krvácení v místě vpichu do žíly nebo tepny
- proniknutí infekce do krve
- zcela výjimečně může vzniknout potřeba implantace kardiostimulátoru náhradou za vzniklou poruchu šířokomorového převodu.

Všechny tyto komplikace jsou ale velmi vzácné a léčitelné.

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	
	☒ ANO	☐ NE
Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta(ky) nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře(ky), který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře(ky), který(á) podal(a) informaci

Vypracoval: MUDr. Tomáš Skála
Přednosta: doc. MUDr. Miloš Tábořský, CSc. MBA

Poznámka: pokud nemůže nemocný stvrdit výkon svým podpisem, vyplňte, prosím, následující odstavec.

Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:			
Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s CT vyšetřením (computed tomography) – výpočetní tomografie**

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Vážená pacientko, vážený paciente,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevila(a) Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohl(a) svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek Vám provedeme CT vyšetření.

Název výkonu**CT vyšetření (computed tomography) – výpočetní tomografie****Účel výkonu**

CT vyšetření, ke kterému jste se dostavil(a) na naše pracoviště, je specializované vyšetření různých oblastí hlavy, těla a končetin s počítačově zpracovaným výsledným obrazem. Při asi polovině CT vyšetření se nitrožilně podává kontrastní látka.

Povaha výkonu

Před vyšetřením s nitrožilním (event. intratepenným) podáním kontrastní látky je nezbytné:

- 4 hodiny před vyšetřením nejíst, tekutiny je možné přijímat
- 1 – 2 hodiny před vyšetřením břicha a pánve podle pokynů postupně vypít 0,5 až 1 litr zředěné kontrastní látky.
 - Při užívání perorálních antidiabetik obsahujících METFORMIN vysadit tyto léky 48 hodin před vyšetřením a začít je opět užívat 48 hodin po vyšetření

Technika CT vyšetření:

- Vyšetření je nebolestivé, trvá 10 – 30 minut.
- Vlastní vyšetření je prováděno vleže na motoricky ovládaném pohyblivém stole, který se posunuje do vyšetřovacího kruhového tunelu přístroje.
- Při vyšetření je pro získání kvalitních výsledků nezbytně nutná Vaše spolupráce ve smyslu naprostého pohybového klidu, většinou spojeného se zadržením dechu.
- Při asi polovině CT vyšetření se nitrožilně podává kontrastní látka, což je spojeno s pocitem tepla rozlévajícím se po celém těle.

Po vyšetření je nezbytné!

- po nitrožilním podání kontrastní látky zůstat 30 minut v čekárně CT pracoviště
- dostatečný příjem tekutin.

V případě jakýchkoliv potíží (bolesti hlavy, břicha, nevolnost, dechové obtíže atd.) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Zobrazení a zhodnocení patologických nebo tvarových změn ve vyšetřované oblasti nutné k eventuelním dalším léčebným výkonům.

Alternativa výkonu

Vyšetření magnetickou rezonancí eventuálně ultrazvukem, tam kde je to vhodné a možné.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Komplikace při CT vyšetření nejsou časté. S rozvojem nových technologií, vedoucích ke zdokonalení přístroje i kontrastních látek, došlo k jejich dalšímu výraznému snížení. Nejčastější možné komplikace jsou:

- alergická reakce na kontrastní látku – tyto reakce jsou vzácné, nejčastěji jsou lehké (např. nevolnost, kopřivka, dušnost, otoky), zcela výjimečně může dojít k těžké reakci až ohrožení života.

K vyšetření, které podstupujete, je nutné použít rentgenové záření. Vaše RTG vyšetření je však nezbytné. Riziko spojené s využitím rentgenového záření je mnohem menší než riziko důsledků spojených s neprovedením vyšetření. Technické podmínky každého RTG vyšetření jsou nastaveny tak, aby Vaše ozáření bylo co nejmenší.

Následky výkonu

Pokud nedojde k závažné reakci na kontrastní látku, pak bez možných následků.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	ANO	NE
1. Měl jste alergickou reakci po předchozím podání jodové kontrastní látky intravenózně?		☐	☐
2. Jedl/a jste 4 hodiny před vyšetřením?		☐	☐
3. Léčíte se na astma bronchiale?		☐	☐
4. Jste těhotná?		☐	☐
5. Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku?		☐	☐
6. Pokud se léčíte s cukrovkou, berete perorální preparáty s METFORMINEM?		☐	☐
7. Vysadil/a jste preparáty s METFORMINEM 48 hodin před tímto vyšetřením?		☐	☐
8. Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke zvýšené srážlivosti krve?		☐	☐

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	☐	☐
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	☐	☐
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	☐	☐
Všem těmto vysvětlením a poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	☐	☐

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	☐	☐
- že jsem lékařem nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	☐	☐
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	☐	☐
Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti SZŠ, VOŠ, studenti LF UP apod.) prováděly lékařskou a ošetrovatelskou péči v rámci výuky v souladu s vnitřními předpisy FNOL.	☐	☐

Souhlasím s tím, aby výše uvedené osoby mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby externí zdravotničtí auditoři mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v souvislosti s jejich kontrolní činností. O všech skutečnostech jsou povinni zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba(osoby):		ANO	NE
Jméno a příjmení:	adresa:	Tel.:	
Přeji si, aby výše uvedená osoba(osoby) měla právo:			
a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace	ANO	NE	
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace*	ANO	NE	

*Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením (§ 66 odst. 1 zák. č.372/2011/1966 Sb. o zdravotních službách.

Datum:	Hodina	Podpis pacienta(tky) nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci	Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci

Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:			
Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient(ka) souhlas svým podpisem:

Datum	Podpis pacienta(tky)	Datum	Podpis pacienta(tky)

**Informovaný souhlas pacienta
s transesofageální (jícnovou) echokardiografií**

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

Název výkonu

**Transesofageální (jícnová) echokardiografie
(ultrazvukové vyšetření srdce)**

Účel výkonu

Vážená pacientko, vážený paciente,
v případě vašeho onemocnění je třeba provést podrobné ultrazvukové vyšetření srdce se zavedením ultrazvukové sondy do jícnu (polykací trubice).

Povaha výkonu

Výkon se provádí na ambulanci v echokardiografické laboratoři, případně na lůžku u hospitalizovaných pacientů. Jícnová echokardiografie trvá cca 20 minut.

Před výkonem je nezbytné od půlnoci **nejíst, nepít, nekouřit, nebrat žádné léky**. U diabetiků je nutno poradit se s lékařem o úpravě dávky insulinu.
Pokud užíváte léky na „ředění krve“ (warfarin), musíte mít výsledek INR (dříve Quickův test), ne starší než 2 dny a v hodnotě do 2,5 INR.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění důležitých informací o funkci srdečního svalu, srdečních chlopní a dalších srdečních struktur, které nebylo možno získat při provedení běžného echokardiografického vyšetření přes hrudní stěnu. Tyto informace pak mohou mít rozhodující význam v dalším postupu léčby onemocnění srdce.

Alternativa výkonu

Přímou alternativu tento výkon nemá.
V některých aspektech je částečnou alternativou vyšetření nukleární magnetickou rezonancí (NMR) nebo počítačovou tomografií (CT).

Možná rizika zvoleného výkonu

- Alergická reakce na látku použitou při místním znecitlivění kořene jazyka a hltanu (xylocain).
- Poranění hltanu, jícnu nebo dýchacích cest, event. krvácení (při komplikovaném zavedení ultrazvukové sondy nebo při anomáliích těchto cest).
- Přechodný dyskomfort při polykání potravy.

Ke snížení rizika odpovězte na následující otázky:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	☒ ANO	☐ NE
• Máte nějaké onemocnění jícnu, žaludku nebo jater?		☐ ANO	☐ NE
• Máte potíže s krční páteří?		☐ ANO	☐ NE
• Jsou u vás známy nějaké alergické reakce?		☐ ANO	☐ NE
• Máte sklon ke zvýšenému krvácení?		☐ ANO	☐ NE

Následky výkonu

Výkon nemá následky.

Po výkonu je nezbytné 2 hodiny nejíst, nepít, nekouřit, pokud jste dostali uklidňující injekci (sedace) je zakázáno 24 hodin řídit motorové vozidlo nebo vykonávat činnost, při které je třeba zvýšené koncentrace (provádění právních úkonů).

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení): **Zakroužkujte správnou odpověď**

ANO

NE

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.

ANO

NE

Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.

ANO

NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby:
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.

ANO

NE

ANO

NE

ANO

NE

Datum:

Hodina

Podpis pacienta(ky)

Jméno příjmení lékaře(ky), který(á) podal (a) informaci

Podpis lékaře(ky), který(á) podal (a) informaci

Vypracoval: Doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA
Přednosta: doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc. MBA

Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:

Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:

Jméno a příjmení zdravotnického
pracovníka/svědka

Podpis zdravotnického
pracovníka/svědka

Datum:

Hodina

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s podáním anestézie

Pacient/ka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu:☐ Celková anestézie☐ Lokální anestézie**Účel výkonu**

Odborný lékař – anesteziolog Vám po dobu chirurgického operačního výkonu nebo bolestivého vyšetření zajistí celkové nebo místní znecitlivění.

Povaha výkonu

Celková anestézie (narkóza) je přechodně navozený stav bezvědomí a sníženého nebo zcela vymizelého vnímání bolesti, který vzniká po podání léků, které Vám aplikuje anesteziolog a anesteziologická sestra infuzí nebo do směsi, kterou budete vdechovat.

K chirurgickému výkonu je nutné i zajistit vyřazení svalové síly podáním léků – relaxancií, tím dojde k omezení Vaší spontánní dechové aktivity, kterou musí anesteziolog zajistit pomocí přístroje. Z důvodu připojení k dýchacímu přístroji Vám musí být dýchací cesty zajištěny obličejovou maskou, endotracheální rourkou nebo laryngeální maskou. V indikovaných případech (rizikový pacient, náročný operační výkon, je nutné zajištění přístupu do tepny, dále zajištění močových cest močovou cévkou nebo zajištění vstupu do centrální žíly na krku nebo pod klíční kostí. O těchto možnostech Vás bude anesteziolog podrobně informovat při osobním rozhovoru.

Jinou možností anestézie je **lokální anestézie (místní znecitlivění)**, která zajistí bezbolestný průběh operačního výkonu při Vašem plném vědomí nebo, budete-li si to přát, a nezvýší to riziko anestézie a operace, v lehkém spánku. K tomuto typu znecitlivění patří i techniky, při kterých je místně působící anestetikum aplikováno jehlou do blízkosti nervů, vedoucích vjemy z operované oblasti nebo do blízkosti míchy (epidurální nebo spinální anestézie). K provedení epidurální nebo spinální analgezie je nutná i Vaše spolupráce. Jehlu zavádíme po umrtvení místa vpichu do oblasti páteře mezi obratlové trny. Po dosažení epidurálního prostoru zasune do prostoru průsvitem jehly jemnou hadičku (epidurální katétr), kterým posléze podáváme kontinuálně kombinaci léků určenou k pokračujícímu znecitlivění. Lék lze aplikovat i jednorázově. Délka znecitlivění zpravidla přesahuje délku operačního výkonu a přetrvává i v pooperačním období.

Další možností, jak zajistit bezbolestný průběh operačního výkonu, je **blokáda periferních nervů** operované části těla. Periferní nervové blokády využíváme zejména ke znecitlivění horních a dolních končetin nebo krční oblasti. K lokalizaci nervu a nervových svazků využíváme speciální stimulační jehlu, která je za sterilních podmínek zavedena do blízkosti nervu nebo nervového svazku. Polohu jehly lékař ověřuje v průběhu zavádění opakovanou elektrickou stimulací, která vyvolává mírné svalové záškuby. Po umístění jehly do blízkosti nervu aplikuje lékař lokální anestetikum, které do 20-30 minut vyvolá znecitlivění ve zvolené oblasti. Současně dojde i k dočasné ztrátě svalové síly, a tím i hybnosti končetiny. Tento stav přetrvává podle typu zvoleného anestetika v průměru 4-6 hodin.

Před plánovaným výkonem Vás osobně kontaktuje anesteziolog, který Vás bude podrobně informovat o možných anesteziologických postupech. Vysvětlí Vám jejich výhody a seznámí Vás s případnými možnými komplikacemi a jejich četností.

Dále zodpoví všechny Vaše dotazy týkající se anestézie a pooperační péče.

Předpokládaný prospěch výkonu

Podání celkové případně lokální anestézie zabrání vnímání bolesti během operace a zabrání spuštění nežádoucích reakcí organismu na operační výkon.

Alternativa výkonu

Podání celkové nebo lokální anestézie při operačním výkonu nemá alternativu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Obecná rizika spojená s podáním celkové anestézie:

- pocit malátnosti; • spavost; • nesoustředěnost; • nevolnost až zvracení; • zpomalení srdečního rytmu – srdeční zástava; • pokles krevního tlaku; • anafylaktická nebo alergická reakce na podané léky; • vdechnutí žaludečního obsahu s komplikacemi (bronchopneumonie, šoková plíce); • plicní embolie; • vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny při zajišťování centrálního žilního katétru.

Rizika a komplikace spojené se zajištěním dýchacích cest:

- bolesti v krku; • krvácení do dýchacích cest; • poškození hlasivek; • poškození horním části krční páteře s následným omezením hybnosti; • laryngospasmus (reflexní stažení horních dýchacích cest); • zajištění alternativního vstupu do dýchacích cest (tracheostomie) při nemožnosti intubace; • stenóza trachey (zúžení dýchací trubice); • poškození nebo vylomení zubů (zejména v případě jejich již původně špatného stavu).

Rizika spojená s nervovou bloádou

- motorický neklid; • svalový třes • svalové křeče; • porucha vědomí; • vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (pneumotorax); • obrna bráničního nervu; • alergická reakce na podané anestetikum; • poškození nervu; • nepoznaná aplikace anestetika do cévního systému; • pokles krevního tlaku; • prodloužené poruchy čití v inervované oblasti; • centrální útlum dýchání; • úmrtí.

Rizika spojená se svodnými anesteziologickými technikami (epidurální a spinální anestézie) alergická nebo toxická reakce na podané anestetikum s projev

- chuťových změn na jazyku a v ústech; • svalovými záškuby; • poruchou vědomí se svalovými křečemi; • zástavou dýchání.

pokles krevního tlaku s projev

- pocit malátnosti; • pocit spavosti; • nevolnost; • zvracení.

neurologické potíže

- bolestivé podráždění míšního nervu v oblasti vpichu (s projevem prudké, vteřinové bolesti směřující do jedné dolní končetiny); • bolesti zad; • mravenčení v oblasti konečníku a hráze; • svědění kůže; • přechodná porucha hybnosti dolních končetin; • hematom v místě vpichu; • výrazné bolesti hlavy po spinální anestezii; • přechodná porucha vyprazdňování močového měchýře.

Možné komplikace v důsledku podání krve a krevních derivátů:

- přenos infekční choroby (hepatitidy typu A, B, C, přenos AIDS); • vytvoření autoprotilátek (aloimunizace); • hemolytická reakce (rozpad aplikovaných krvinek po transfuzi jiné krevní skupiny); • horečka; • alergická reakce, selhání ledvin.

Výše uvedené reakce mohou být provázeny celkovými příznaky:

- pokles krevního tlaku; • zrychlení tepu; • pocení, bledost; • třesavka; • zvracení; • průjem; • kopřivka; • bolest hlavy; • dušnost.

Následky výkonu

Celková ani lokální anestézie nemá žádné plánované následky.

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme Vaše dotazy.

Nyní si podrobně přečtěte následující body, a pokud jim rozumíte a souhlasíte s nimi, podepište níže uvedené prohlášení pacienta.

Souhlas pacienta/pacientky:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

1. Souhlasím s podáním anestézie pro plánovaný léčebný (diagnostický) výkon.	ANO	NE
2. Souhlasím s navrženým typem anestézie, která mně bude podána a se kterou jsem byl(a) seznámen(a).		
3. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o nutnosti 6-8 hodin před anestezií nejíst, nepít a nekouřit.		

4. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že s podáním anestézie souvisí obecná rizika a následky, které mohou být ovlivněny druhem operace, délkou operačního výkonu, stářím pacienta a typem přidruženého onemocnění. S anestézií souvisí i možnost smrtelných komplikací, které se pohybují kolem 0,5-0,9 úmrtí na 10 000 anestézií.	ANO	NE
5. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a), že léky, které užívám, mohou ovlivnit účinek látek použitých během anestézie a chirurgického výkonu (např. pokles krevního tlaku, krvácení), proto o nich musím před plánovaným operačním výkonem informovat lékaře.		
6. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o nutnosti odstranit před anestézií náušnice a šperky. Dále o nutnosti vyjmutí zubních protéz, očních kontaktních čoček a piercingu. Před operačním výkonem musím být odlíčená a mít odlakované nehty.		
7. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o tom, že během anestézie může dojít k závažným komplikacím (alergická reakce, oběhové selhání, dechová nedostatečnost, infekční komplikace), které si vyžádají překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře k provedení všech postupů, které povedou k záchraně mého zdraví a života.	ANO	NE
8. Souhlasím s podáním krve nebo látek připravených z krve (krevních derivátů) pokud vznikne v průběhu anestézie a operačního výkonu důvod k jejich podání. Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o možnosti vzniku možných komplikací v důsledku podání krve a krevních derivátů.		

<u>Zde uveďte svoje výhrady a připomínky:</u>		
Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
Byl(a) jsem srozumitelně seznámen(a) s postupem při podání anestézie. Byl(a) jsem informován(a) o tom, jak bude zákrok prováděn, byla mi vysvětlena všechna možná rizika a komplikace, která mohou nastat při provádění výkonu či po něm. Byl(a) jsem informován(a) o prospěchu výkonu na můj zdravotní stav a následném léčebném režimu. Všem těmto informacím jsem porozuměl(a).	ANO	NE
Lékař, který mi poskytl potřebné informace, mně osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl.		
Informacím/údajům jsem plně porozuměl(a) a souhlasím s navrhovaným typem anestézie.		
V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.		
Současně prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.		
<u>Zde uveďte svoje výhrady a připomínky:</u>		

Datum:	Hodina	Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci

Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient/ka nemohl(a) podepsat:			
Jak pacient/ka projevil(a) svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

Dotazník pro pacienta (zákonného zástupce)

Výška:	Hmotnost:
--------	-----------

Prosíme Vás o odpověď na následující otázky:

1. Vyhledal(a) jste v poslední době lékařské ošetření?	ANO	NE
2. Byl(a) jste v poslední době ošetřen(a) nebo vyšetřen(a) lékařem?	ANO	NE
Pokud ano, jakým onemocněním?		
3. Jaké léky v současné době pravidelně užíváte?.....		
4. Byl(a) jste někdy operován(a)?	ANO	NE
Jakou operaci jste prodělal(a) a kdy?		
5. Snesl jste anestezii dobře?	ANO	NE
Jaké jste měl(a) případné komplikace?		
6. Došlo u Vašich pokrevních příbuzných k nějaké komplikaci související s anestezií?	ANO	NE
O jakou komplikaci se jednalo?		
7. Dostal jste někdy krevní transfuzi?	ANO	NE
Měl(a) jste při aplikaci krve nějakou komplikaci?		
Jakou?		
8. Léčíte se se srdcem?	ANO	NE
Jakou srdeční chorobou trpíte?		
U infarktu myokardu uveďte měsíc/rok:		
9. Léčíte se pro vysoký nebo nízký krevní tlak?	ANO	NE
10. Trpíte onemocněním cév? (např. křečové žíly, prokrvení končetin)	ANO	NE
11. Trpíte onemocněním plic nebo dýchacích cest? (např. TBC, rozedma plic, asthma)	ANO	NE
12. Trpíte onemocněním svalů, nebo svalovou slabostí?	ANO	NE
13. Trpíte onemocněním jater? (např. žloutenka, cirhosa)	ANO	NE
14. Trpíte onemocněním ledvin? (např. častými záněty, ledvinovými kameny)	ANO	NE
15. Máte cukrovku?	ANO	NE
Co užíváte na snížení hladiny cukru v krvi?		
16. Trpíte onemocněním očí? (např. šedý zákal, zelený zákal)	ANO	NE

17. Trpíte neurologickým onemocněním? (např. epilepsií, obrnou, poruchou hybnosti končetin)	ANO	NE
18. Trpíte duševní poruchou? (např. deprese, schizofrenie)	ANO	NE
19. Trpíte onemocněním kloubů, kostí a páteře? (např. lumbago, výhřez ploténky, zlomeniny)	ANO	NE
20. Trpíte onemocněním krve? (např. poruchy srážení, častá tvorba modřin)	ANO	NE
21. Trpíte alergií?	ANO	NE
Na potraviny? Jaké? Jiné látky? Jaké? Léky? Jaké?		
22. Máte jiné, dosud neuvedené choroby?	ANO	NE
Jaké?		
23. Máte snímatelnou zubní protézu?	ANO	NE
24. Kouříte? Kolik denně?	ANO	NE
25. Pijete alkohol?	NE ☐	ZŘÍDKA ☐
	☐	PRAVIDELNĚ
26. Užíváte často léky na spaní? Jaké?.....	ANO	NE
27. Jen pro ženy: Jste těhotná?	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient souhlas svým podpisem.

Ověřte všechny identifikační údaje pacienta, zda jsou platné. Znovu ověřte, zda pacient všemu rozumí a souhlasí s výkonem.

Pokud došlo ke změně osobních údajů pacienta nebo pacient s něčím nesouhlasí, je nutné vyplnit nový IS.

Datum	Souhlas pacienta	Podpis pacienta	Jmenovka a podpis lékaře, který podal informaci
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		