

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s drcením kamenů pankreatického vývodu**

Pacient – 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

**Drcení kamenů a kalcifikací pankreatického vývodu
(LERV- litotrypse extrakorporálními rázovými vlnami)**

Účel výkonu

Rozdrcení kamenů či kalcifikací v pankreatickém vývodu a jejich vyloučení.

Povaha výkonu

LERV spočívá ve využití účinků intenzivních rázových (tlakových) vln, které vznikají mimo tělo pacienta ve speciální kovové parabole naplněné vodou. Tento zdroj rázových vln je přiložen k tělu pomocí gumového vaku. Energie tak může přecházet do těla, kde se šíří tkáněmi a je soustředěna do ohniska, ve kterém se nachází kámen. V ohnisku rázových vln dochází k rozdrcení na menší úlomky, které pak mohou dále procházet do dvanácterníku, takže je pacient nakonec vyloučí stolicí. Výkon provádíme v rámci krátkodobé hospitalizace. Pacient při něm leží na zádech nebo na břiše podle toho, kde je konkrement. Před zahájením a v průběhu zákroku jsou podávány injekce snižující bolest. Výkon trvá průměrně 45 minut.

Předpokládaný prospěch výkonu

Dosažení stavu, aby v dalším období mohl být kámen v podobě drti vyloučen do dvanácterníku a pacient tak byl v konečné fázi bez kamene či kalcifikace, nebo aby došlo k takovému zmenšení objemu kamenů či kalcifikací, které nečiní potíže.

Alternativa výkonu

Výkon nemá alternativu, jsou pouze jiné metody léčby, které jsou endoskopické nebo chirurgické.

Následky výkonu

Následná hospitalizace po dobu 3-4 dnů.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možnými komplikacemi výkonu mohou vznikat teploty, bolesti břicha a podlitina v místě působení rázových vln v místě dotyku gumového vaku.

Mezi další, byť méně časté, komplikace patří rozvoj **zánětu slinivky břišní**, je možná **perforace střeva či natržení sleziny**.

Krevní výron do okolí se vyskytuje velmi vzácně (0,5 – 1%). Tato komplikace je řešena dle průběhu a závažnosti onemocnění, v případě závažné komplikace nelze vyloučit ani řešení otevřenou operací.

K výkonu, který 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.

Nejzávažnější obecné komplikace:

Mohou se vyskytnout **teploty**, které jsou léčeny podle příčiny a klinických projevů.

Komplikace případné narkózy Vám budou vysvětleny lékařem – anesteziologem.

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

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?	ANO	NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?	ANO	NE
3. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění?	ANO	NE
4. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým:	ANO	NE
5. Jste těhotná?	ANO	NE

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici 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 nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře , který podal informaci	Podpis lékaře , který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina