

INFORMOVANÝ SOUHLAS KE SKLEROTIZACI ŽIL DOLNÍCH KONČETIN

Pacient.....RČ.....pojišťovna.....
Bydliště.....

Vážená paní, vážený pane,
na základě předchozího vyšetření v cévní ambulanci Vám byla doporučena sklerotizace křečových žil na dolních končetinách. 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

Sklerotizace je injekční metoda k odstranění malých křečových žil nebo k úpravě zbývajících křečových žil po operačních zákrocích. Drobné varixy jsou většinou odstraňovány na vlastní žádost pacienta z estetických důvodů.

Alternativy [jiné možnosti] výkonu / léčby

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon [sklerotizace] má jinou alternativu, Vám poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu. Alternativou skleroterapie může být laserové ošetření metliček a drobných varikozit. Pro větší varikozní vény [přes 5mm] vhodnou metodou je RFA [radiofrekvenční ablace] nebo laser ošetření varixu, lokální odstranění [flebectomie].

Na hraniční velikost varikozních žil diametru 3-5mm možno aplikovat metodu pěnové sklerotizace [foam metoda].

Příprava k výkonu

- upozorněte lékaře na Váš zdravotní stav [chronické i akutně probíhající onemocnění, zvláště pak léčené antibiotiky], těhotenství a kojení
- upozorněte lékaře na alergie, užívané léky [vč. hormonální antikoncepce, léků na ředění krve]
- před sklerotizací nepromažtujte končetiny [nedrží silikonový lem kompresivních punčoch]
- k výkonu si přineste kompresivní punčochy

Co je to sklerotizace a postup při výkonu

Varixy jsou povrchově uložené a vakovitě rozšířené žíly, které se vyskytují nejčastěji na DKK. Sklerotizace je neoperační výkon, kterým se dají odstranit, jak malé, tak i větší varixy povrchového žilního systému.

Při sklerotizaci je do povrchově uložené žíly po dezinfekci kůže injekčně aplikována speciální látka Aethoxysklerol [lauromacrogolun], která zde způsobí neinfekční zánět, následné uzavření žíly a její přeměnu ve vazivový pruh. Na kůži se tato změna projeví jako zbělení původně modravého zbarvení žíly prosvítající přes kůži. Koncentrace roztoku je volena podle velikosti průměru žíly. Po ošetření je nezbytná správná komprese [stlačení], která zabrání zpětnému toku krve do sklerotizované žíly, což by mohlo vést k jejímu opětovnému zprůchodnění. O délce komprese rozhodne lékař v závislosti na velikosti sklerotizované žíly a na rozsahu sklerotizace.

Sklerotizace se provádí mimo letní období [září – červen] kvůli nutnosti nepřetržitě nosit kompresivní punčochy, výjimečně na žádost klientů lze sklerotizovat i v letním období.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Mezi nejčastější komplikace tohoto zákroku patří tvorba modřin nebo změny v pigmentaci kůže v místě skleroti-

zované žíly, výjimečně nekróza [odumření] kůže v místě vpichu, která se velmi rychle hojí.

Bolesti hlavy, migréna, mdloby.

Mezi ojedinělé komplikace patří zánět žíly [flebitida, tromboflebitida] a následné zatuhnutí [ztvrdnutí] v průběhu sklerotizované žíly.

Vzácně by mohlo dojít k místní alergické reakci, např. na náplast či dezinfekci, a jen zcela ojediněle by se mohla objevit celková alergická reakce.

Velmi vzácně se uvádí vznik flebotrombózy [což je zánětlivé postižení hlubokých žil]. Projevuje se především otokem končetiny a bolestivostí a vyžaduje celkovou terapii; možnou trombózou [způsobenou již existujícím onemocněním]; zhoršením zraku [ireverzibilní porucha]; vazovagální synkopou; oběhovým kolapsem; dyspnoe [pocitem tlaku v hrudi]; plicní embolií; vaskulitidou.

Chování po výkonu, možná omezení

- ihned po výkonu je vhodná krátká 20 až 30 ti min. chůze k rozředění sklerotizační látky

- výkon nevyžaduje pracovní neschopnost ani žádná jiná omezení, pouze se vyvarujte extrémní fyzické námahy, horké koupele, sauny a solária

- lepší hojení a omezení možných komplikací po zákroku podpoříte používáním mastí a gelů s obsahem heparinu

- při komplikacích kontrola na cévní ambulanci ihned

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY [ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE]

Byl/la 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 mé osobě [mému dítěti], pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu [o zdravotním stavu mého dítěte], které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu [léčbu mého dítěte] či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby. 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 a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že poučení jsem porozuměl/a a s výkonem souhlasím.

Podpis pacienta / zákonného zástupce:.....

Datum:

Podpis lékaře provádějícího poučení [včetně razítka pracoviště].....