

## Vasodilatační infuzní terapie

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o vasodilatační infuzní terapii. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je to vasodilatační terapie:

Vasodilatační léčba spočívá v podávání vasodilatačních léků, to znamená léků, které zvyšují prokrvení tkání, ve formě infuzí. Ve zvláštních případech (zejména u náhle vzniklých potíží) se do infuzí přidávají i kortikoidy.

### Jaký je důvod (indikace) této léčby:

Důvodem bývá zpravidla léčba onemocnění sluchového či rovnovážného ústrojí (porucha sluchu, hučení v uších, závratě). Zvýší se prokrvení těchto orgánů, a tím je vyšší pravděpodobnost zlepšení funkce těchto orgánů.

### Jaký je postup léčby:

Každý den se podává jedna infuze, která obsahuje kombinaci vasodilatačních léků. Délka trvání infuze je asi 1 hodina. Většinou je tato léčba doplněna i různým počtem vyšetřovacích metod – audiometrie, rentgenové, neurologické, oční vyšetření, atd.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Vasodilatační léčba je relativně bezpečnou metodou, nicméně vlivem vyššího věku a přidružených onemocnění se může zvyšovat riziko cévních komplikací – praskání cév, krevní výrony do podkoží, zánět žil, kolísání krevního tlaku, až po krvácení do mozku. V případě přidání kortikoidů do infuzí může dojít u diabetiků ke kolísání hladiny cukru v krvi a nutnosti její úpravy insulinem. Závažné komplikace jsou však velice vzácné.

### Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativou je vasodilatační léčba podaná v tabletách, která však bývá méně účinná ve srovnání s léčbou infuzní.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře