

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM VYLUČOVACÍ UROGRAFIE

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Vyšetření je indikováno při podezření na onemocnění ledvin, močových cest, močového měchýře či při onemocnění v sousedství těchto struktur.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **VYLUČOVACÍ UROGRAFII**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Vylučovací urografie je RTG vyšetření s nitrožilním podáním kontrastní látky

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Vyšetření je indikováno při podezření na onemocnění ledvin, močových cest, močového měchýře či při onemocnění v sousedství těchto struktur.

Průběh výkonu:

Nitrožilní podání kontrastní látky může u pacienta vyvolat alergickou reakci různého stupně závažnosti. Pro zmírnění případné alergické reakce je pacient před vyšetřením připraven. Užije 2 hod před vyšetřením 2 tbl. Dithiaden a přichází na lačno. Další přípravu v závislosti na stupni alergie a individuálním zvážení rizika nežádoucí reakce provádí lékař RTG oddělení.

Během vyšetření se provádí několik snímků před a po aplikaci kontrastní látky. Celkově vyšetření trvá 15 až 120 minut, počet snímků se provádí dle diagnostických požadavků vyšetřujícího lékaře.

Abychom snížili riziko možné komplikace na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky. Označte odpověď:

Trpíte nějakým typem alergie?	ANO	NE
Měl/a jste v minulosti nějaké vyšetření s podáním kontrastní látky?	ANO	NE
Pokud ano, byl výkon bez komplikací?	ANO	NE
Léčíte se s vysokým krevním tlakem, onemocněním srdce, cukrovkou, astmatem?	ANO	NE
Trpíte nějakým chronickým onemocněním?	ANO	NE
<i>Pokud ano, uveďte konkrétně:</i>		
Jste na lačno?	ANO	NE
Užil/a jste Dithiaden?	ANO	NE

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Po aplikaci jodové kontrastní látky do žíly může mít některé nežádoucí účinky:

- poškození funkce ledvin (kontrastní nefropatie). Většinou jde o přechodnou poruchu funkce, ale zcela výjimečně může jít i o trvalou poruchu funkce. U zdravých jedinců je pravděpodobnost poškození ledvin minimální, zvyšuje se při některých onemocněních a chorobných stavech, proto je nutno ošetřujícího lékaře upozornit na všechna onemocnění.
- poškození jiných orgánů je zcela výjimečné a nevýznamné.
- podání jodové kontrastní látky při zvýšené funkci štítné žlázy může vést ke zhoršení onemocnění. Proto je nutné na onemocnění štítné žlázy upozornit lékaře vyšetřujícího i indikujícího.
- aplikace kontrastní látky může mít za následek projevy nesnášenlivosti. Projevy nesnášenlivosti jsou při aplikaci dnešních moderních kontrastních látek velmi vzácné. Mírné projevy nesnášenlivosti se manifestují jako kýchání, kašel, dušnost, nucení na zvracení, zvracení, návaly tepla, bolesti hlavy, zarudnutí kůže, svědění, vyrážka, kopřivka. Mezi závažné projevy nesnášenlivosti patří především anafylaktický šok, který může vést i k zástavě dechu a srdeční činnosti a nutnosti resuscitace, dále křeče, otok mozku s bezvědomím, otok hrtanu s dušením. Závažné reakce jsou velmi vzácné.
- nechtěné podání kontrastní látky mimo žílu ve větším množství může mít za následek místní bolestivost a zánětlivou reakci, zcela výjimečně odumření kůže v místě aplikace a okolí. Tyto nežádoucí účinky se projevují jen při podání většího množství kontrastní látky mimo žílu a k tomu může dojít jen při CT vyšetření a při podání kontrastní látky automatickým injektorem.

Alternativy výkonu:

CT vyšetření, MR vyšetření

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Při normálním průběhu vyšetření je nutné, aby byl pacient ½ -1 hodinu po aplikaci kontrastní látky sledován (prakticky se to děje tak, že neopouští po tuto dobu čekárnu), jiná omezení nejsou.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Nejsou

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: