

INFORMOVANÝ SOUHLAS

S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU KONTRASTNÍ ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (CEUS)

Lékař/ka, který/á provedl/a poučení (hůlkovým písmem)

Jméno, příjmení, datum narození pacienta (hůlkovým písmem)

Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav vyžaduje provedení ultrazvukového vyšetření s podáním kontrastní látky (CEUS). Důvod Vám byl sdělen indikujícím lékařem při návrhu vyšetření. CEUS je vysoce specializované vyšetření prováděné za účelem získání dokonalejší informace o ložiskových lézích parenchymových orgánů, měkkých tkání, prsů, kloubů, atd.

Vyšetření je prováděno ambulantně. Před vyšetřením je doporučeno lačnit 4 hodiny. Vyšetření spočívá v aplikaci speciální kontrastní látky (SonoVue) do žíly a poté následuje ultrazvukové vyšetření dotyčného orgánu ve speciálním modu. Délka vyšetření je obvykle 10-15 minut.

Předpokládaným přínosem výše uvedeného výkonu je diferenciální diagnostika ložiskových lézí parenchymových orgánů, měkkých tkání, prsů, kloubů, atd.

Lékařem jste byl/a poučen/a, že vyšetření díky své dynamické složce **svým způsobem nemá jinou alternativu** oproti ostatním kontrastním vyšetřením (magnetická rezonance, výpočetní tomografie). Nespornou výhodou tohoto vyšetření je také to, že využívá ultrazvukového vlnění, které nemá škodlivé účinky.

Byl/a jsem nadále poučen/a lékařem, že výkon má následující důsledky, následky a rizika:

- kožní alergická reakce na dezinfekci
- bolest hlavy (nejčastější nežádoucí účinek)
- nevolnost, závrať, únava, reakce v místě vpichu, zvýšená hladina glukosy v krvi (glykemie) 1-10%

Kontrastní látka SonoVue a tedy výše uvedený zdravotní výkon by se neměla používat/provádět v těchto případech (**kontraindikace**):

- přecitlivělost na složky přípravku
- stav těsně po infarktu myokardu nebo nestabilní či klidová angina pectoris (bolesti na hrudi)
- stav po nedávné intervenci na koronárních tepnách
- akutní srdeční selhání
- těžká arytmie
- těžká systémová nebo plicní hypertenze
- dechová tíseň
- věk do 18 let

Těhotenství není kontraindikací podání přípravku SonoVue. Do dnešní doby, ale nejsou validní studie užití tohoto přípravku u těhotných. Látka SonoVue nepřestupuje do mateřského mléka.

Po provedení uvedeného výkonu nebudete omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, pouze doporučujeme počkat 30 minut v čekárně po vyšetření

Prosíme o vyplnění následujících údajů:

správnou odpověď označte křížkem

- | | ANO | NE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vyskytla se u Vás někdy alergická reakce?
Pokud ano, jaká? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Máte některou z výše uvedených kontraindikací?
Pokud ano, jakou? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jste těhotná nebo kojíte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Souhlas pacienta/ky

Byl/a jsem poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoliv. Byl/a jsem podrobně informován/a o plánovaném zdravotním výkonu. Byl mi sdělen důvod tohoto zdravotního výkonu a jeho přínos pro mě. Byl/a jsem informován/a i o jiných možnostech a alternativách poskytovaných zdravotních služeb a výkonů, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mě. Byl/a jsem informován/a i o jeho možných rizicích a komplikacích. Toto vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považoval/a za důležité.

Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti a tímto uděluji svůj svobodný informovaný souhlas s výše uvedenou zdravotní službou a výkonem.

Datum: _____

Podpis lékaře/ky: _____

Podpis pacienta: _____
(zákonného zástupce)