

INFORMOVANÝ SOUHLAS

S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ INTRAVENÓZNÍ VYLUČOVACÍ UROGRAFIE (IVU)

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

Jméno, příjmení, datum narození pacienta (hůlkovým písmem)

Vážená paní, vážený pane,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován zdravotní výkon - vylučovací urografie, jehož **důvod** i možné **alternativy** vyšetření Vám byly podrobně sděleny indikujícím lékařem při návrhu vyšetření, který pečlivě zvážil jeho potřebnost s vědomím možných komplikací a zátěže, kterou Vám vyšetření přinese. Účelem a předpokládaným přínosem tohoto zdravotního výkonu tak je především podrobné zobrazení dutého systému ledvin, vývodných močových cest a močového měchýře, posouzení dynamiky vylučování a tím pádem zjištění příčin obtíží pacienta.

Zdravotní výkon se provádí nalačno, bezprostředně před výkonem (tj. 1 hodinu) pacient nesmí kouřit. Obvyklé léky může pacient užívat, u diabetiků je nutné se o postupu poradit předem s lékařem a vyšetření provést hned brzy po ránu. K prevenci alergické reakce použijte 2 hodiny před vyšetřením ústy 2 tablety Dithiadenu (dostanete od indikujícího lékaře), výjimečně může být pacientovi podáno formou injekce do svalu nebo do žíly 15 minut před vyšetřením. Těsně před výkonem je nutné, aby se pacient vymočil. Poté následuje podání jodové kontrastní látky do žíly pacienta a v přesných časových intervalech se zhotovují rentgenové snímky pacienta a zjišťuje se stav vylučování kontrastní látky ledvinami, a dále její průchod vývodnými močovými cestami do močového měchýře. Vyšetření trvá několik desítek minut až hodinu, dle rychlosti vylučování.

Před tímto vyšetřením/zdravotním výkonem si musí pacient z ústní dutiny odstranit ústní odnímatelné protézy, dále je pacient povinen odstranit ze svého těla jakékoliv odnímatelné cizí předměty (ozdoby, náušnice, apod.). Pacientovi je doporučeno šperky a jiné cennosti ponechat doma. Po vyšetření/zdravotním výkonu po dobu 12 hodin pacient nesmí řídit motorové vozidlo ani vykonávat žádnou jinou činnost vyžadující zvýšenou pozornost.

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

- kožní alergická reakce na dezinfekci
- kožní alergická reakce na náplast
- IVU vyšetření je rentgenová vyšetřovací metoda zatěžující pacienta rentgenovým (ionizačním) zářením.

Radiační dávka je monitorovaná a náležitě optimalizovaná, poškození pacienta zářením je proto vyloučeno. Výjimkou je **těhotenství**, v němž nelze bezpečně vyloučit poškození plodu, a proto se toto vyšetření v těhotenství neprovádí.

- Po aplikaci kontrastní látky může dojít k rozvoji nežádoucích účinků. To se může projevit různými příznaky od lehkých nezávažných až po těžké. Nezávažné jsou nevolnost až zvracení, pocit tepla či bolesti hlavy, krku, břicha, nucení na močení. Závažnějšími jsou poruchy vidění, kašel, kýchání, pocení, změny krevního tlaku, pulsu, vzácně poruchy dýchání, bezvědomí. Zcela výjimečně jsou možné i těžké celkové reakce až s rizikem úmrtí.

Pacient je proto povinen uvést jakékoliv alergické události v jeho minulosti odesílajícímu lékaři a lékaři na RDG oddělení.

- Dalším rizikem je možnost zhoršení ledvinných funkcí, zvláště u již poškozených ledvin
- Pokud trpíte cukrovkou II. typu léčenou léky se základní složkou „metformin“, je nutné tyto léky vysadit 48 hodin před a po vyšetření, jinak vzniká riziko laktátové acidózy při snížené funkci ledvin.
- Nadměrná funkce štítné žlázy, hypertyreóza, je důvodem k nepodání jodové kontrastní látky.
- Výjimečně může dojít k částečnému úniku kontrastní látky mimo žílu. Tato komplikace nebývá častá, projeví se otokem a bolestivostí, jinak však není nebezpečná.

Rentgenové pracoviště může pacient po vyšetření opustit teprve se souhlasem personálu, který vyšetření provedl. Okamžitě informujte personál rentgenového pracoviště o jakýchkoli neobvyklých pocitech spojených s vyšetřením, o krvácení z vpichu a jiných neobvyklých projevech týkajících se Vašeho těla.

V případě pozdních neobvyklých projevů je pacientovi doporučeno vrátit se ihned do zdravotnického zařízení, kde mu bylo vyšetření provedeno, nebo vyhledat jiné zdravotnické zařízení.

Kontrastní látka se z těla pacienta vylučuje ledvinami, proto je pacientovi doporučeno po vyšetření zvýšit příjem tekutin, pokud to dovoluje jeho zdravotní stav. Tím se vylučování kontrastní látky urychlí.

Prosíme o vyplnění následujících údajů:

správnou odpověď označte křížkem

- | | ANO | NE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vyskytla se u Vás někdy alergická reakce? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud ano, na co? _____ | | |
| Jak se projevuje? _____ | | |
| 2. Máte onemocnění štítné žlázy (zvýšenou funkci)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Léčíte se s astmatem či sennou rýmou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Trpíte cukrovkou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Užíváte na ni léky, jaké? _____ | | |
| 5. Jste těhotná? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Užíváte léky na tzv. „ředění krve“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (např. Pelentan, Warfarin, Acylpyrin, apod.)? | | |

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/ky _____
(zákonného zástupce)

Záznam o odmítnutí poskytnutí výše uvedených zdravotních služeb - revers

Výše navrhovaný výkon odmítám. Byl/a jsem opakovaně podrobně informován/a o svém zdravotním stavu, o důvodu a přínosu tohoto zdravotního výkonu. Zároveň jsem byl/a informován/a o možných nepříznivých následcích, které z odmítnutí tohoto zdravotního výkonu mohou nastat. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považoval/a za důležité. Přesto prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedenou, potřebnou zdravotní službu a výkon odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

Datum, místo, čas: _____

Podpis lékaře/ky: _____

Podpis pacienta/ky: _____
(zákonného zástupce)

Svěddek

(vyplňuje se v případě, že pacient nesouhlasí s výkonem a zároveň odmítá podepsat souhlas)

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Datum: _____

Podpis svědka: _____