

## POUČENÍ O VÝKONU

Jméno a příjmení pacienta:.....r.č.:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (opatrovníka)\*\* :.....

Oddělení:.....Poučení provádějící lékař:.....

*Vážená paní, vážený pane,*

*rozhodl/a jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě pročetl/a následující informaci a stvrdil/a svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil/a a dáváte souhlas k výkonu.*

*Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamílčujeme žádnou závažnou skutečnost.*

*Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na příjímacího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.*

### **Název výkonu: RTG VYŠETŘENÍ A APLIKACE KONTRASTNÍ LÁTKY**

#### **Informace o povaze onemocnění:**

Pacient prohlašuje, že byl svým indikujícím (ošetřujícím) lékařem informován o povaze onemocnění, a že mu byly vysvětleny důvody, proč má vyšetření podstoupit.

#### **Cíl a povaha vyšetření:**

Charakter některých onemocnění vyžaduje podání kontrastní látky a v těchto případech se kontrastní látka aplikuje do cévy - do žíly (CT vyš., vylučovací urografie) či do tepny (angiografie) eventuelně do jiných tělních dutin (cystografie, ascendentní pyelografie, ERCP, nástřik T-drénu, ). Používá se speciální rentgenkontrastní tekutina - jodová kontrastní látka, která se aplikuje buď pomocí tlakové stříkačky či ručně.

#### **Očekávaný přínos vyšetření:**

Objasnění povahy onemocnění.

#### **Postup, jak se aplikace kontrastní látky provádí:**

Před vyšetřením je vpichem do žíly zavedena tenká plastová trubička (kanyla), kterou se aplikuje kontrastní látka. Samotná aplikace kontrastní látky může vyvolat pocity tepla v hlavě či krku, pocity na močení a jiné. Aplikace kontrastní látky může vést k alergické reakci, jako při podání jakéhokoliv jiného léčiva.

Po vyšetření pacient setrvá cca 20 minut v čekárně a pokud se cítí dobře, může odejít.

Angiografické vyšetření se provádí za hospitalizace a kontrastní látka se aplikuje do tepenného řečiště.

U ostatních vyšetření se aplikuje k.l. většinou pomocí injekční stříkačky ručně, její množství se řídí vyšetřovanou oblastí.

#### **Rizika a komplikace při vyšetření:**

- Alergická reakce (nevolnost, dechové potíže, vyrážka, otok, anafylaktický šok), přičemž těžké formy těchto reakcí vyžadují rychlý lékařský zákrok s uložením na nemocniční lůžko, výskyt takovýchto reakcí nelze předem předvídat.
- Selhání ledvin (u pacientů s onemocněním ledvin) vyžadující další nemocniční péči.
- Komplikace v místě vpichu – zánět v podkoží, zánět žíly, do které byla látka vpravena, vpravení kontrastní látky mimo cévu.

#### **Alternativní postupy:**

Pacient prohlašuje, že byl o možnostech vyšetření, při kterých není nutné podání jodové kontrastní látky, a která využívají jiných zdrojů energie než je ionizující záření (ultrazvuk, magnetická rezonance apod.) informován svým ošetřujícím lékařem.

#### **Právo odmítnout navrhované vyšetření:**

Po rozhovoru s lékařem máte právo nesouhlasit s navrhovaným výkonem. Pokud souhlas nebude dán, lékař Vám vysvětlí možné následky odmítnutí a učiní záznam, který oba podepíšete.

**DOTAZNÍK  
RTG VYŠETŘENÍ S APLIKACÍ KONTRASTNÍ LÁTKY**

*Žádáme Vás o uvedení pravdivých a úplných údajů. Odpovědi označte X*

**V den vyšetření musíte přijít nalačno.**

**1. Jste alergický/á na některý typ léků?** ANO  NE

Pokud ano, na které léky? (vypište).....  
.....

**2. Léčíte se s cukrovkou?** ANO  NE

**3. Jaké užíváte léky na cukrovku**

.....  
**Pokud užíváte perorální antidiabetika (METFORMIN, GLUCOPHAGE, SIOFOR, GLIBOMET, GLUFORMIN, DIAPHAGE, ADIMET, SILUBIT RETARD, ADEBIT, METFIREX) - nutná konzultace s diabetologem!**

**Tato konzultace je nutná z důvodu potřeby vysazení těchto léků před podáním kontrastní látky na dobu, kterou určí odborný lékař.**

**4. Léčíte se se štítnou žlázou?** ANO  NE

Pokud ano, jaké léky užíváte:.....

**Pokud užíváte léky na ovlivnění funkce štítné žlázy (CARBIMAZOL, THYROZOL, PROPICYL) - nutná konzultace s endokrinologem!**

**Tato konzultace je nutná z důvodu potřeby vysazení těchto léků před podáním kontrastní látky na dobu, kterou určí odborný lékař.**

**5. Máte astma?** ANO  NE

**6. Jste alergický/á na včelí nebo vosí bodnutí?** ANO  NE

**7. Dostal/a jste premedikaci? (Dithiaden, Zyrtec, Zaditen)** ANO  NE

**Prohlášení lékaře či zdravotnického pracovníka, podávajícího kontrastní látku:**

*Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popřípadě jeho zákonného zástupce) srozumitelným způsobem poučil/a o aplikaci kontrastní látky a o možných kontraindikacích (alergie, DM, příprava k vyšetření).*

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....  
*Jméno, příjmení, titul a podpis pracovníka podávajícího kontrastní látku*

**Prohlášení vyšetřující osoby provádějící výkon:**

*Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popřípadě jeho zákonného zástupce) srozumitelným způsobem poučil/a o plánovaném vyšetření a to včetně upozornění na možné komplikace. Případné otázky byly zodpovězeny.*

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....  
*Jméno, příjmení, titul a podpis pracovníka provádějícího výkon*

## **Prohlášení indikujícího (ošetřujícího) lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval/a o jeho zdravotním stavu a důvodech léčby/ provedení výkonu a všech shora uvedených skutečnostech, o očekávaném přínosu daného vyšetření včetně alternativních možností a jejich výhodách a nevýhodách.

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....

Jméno, příjmení, titul a podpis poučení provádějícího lékaře

## **Souhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka):**

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o plánovaném výkonu a o všech souvisejících skutečnostech, zejména o možných variantách, postupech, následcích a komplikacích. Byl/a jsem rovněž upozorněn/a na eventuelní nutnost výkon rozšířit nebo modifikovat v závislosti na aktuálním stavu a okolnostech. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy.

**Souhlasím s provedením výše jmenovaného výkonu a byl/a jsem poučen/a o možných rizicích, která může přinášet.**

**Byl/a jsem informován/a o skutečnosti, že při navrženém způsobu léčení může dojít ke vzniku zdravotních komplikací, popřípadě následků.**

**Souhlasím s uveřejněním údajů, které byly léčením získány, ve vědeckých publikacích a to výlučně anonymní formou.**

**Souhlasím, pokud to moje následující léčení vyžaduje, s předáváním nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením, zdravotním pojišťovnám v rozsahu, který povoluje zákon o ochraně osobních údajů.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že jsem plně srozuměn/a s navrženým vyšetřovacím postupem.**

**Volbu diagnostického postupu, který má vést k dokonalejšímu stanovení diagnózy, ponechávám na lékaři a spolupracujícím personálu.**

V Břeclavi dne: ..... v hod.: ..... Podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce/opatrovník)

## **Nesouhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka):**

Po podrobném vysvětlení a objasnění jsem navrhovaný výkon odmítl/a. Byl/a jsem dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu, možných nepříznivých následcích a rizicích, které pro mě mohou v důsledku odmítnutí výkonu nastat.

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o shora uvedených skutečnostech, kterým jsem plně porozuměl/a. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy. Přes toto výslovné poučení odmítám výkon RTG vyšetření a aplikace kontrastní látky.

V Břeclavi dne: ..... v hod.: ..... Podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce/opatrovník)

**Pacient se odmítl / nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav\* z důvodu:.....**

.....  
.....

podepsat, svou vůli však projevil takto:

.....

Jméno a příjmení svědka (zdravotnický pracovník): .....Podpis:.....

\* nehodící se škrtněte

\*\* u osob nezletilých, pacientů s omezenou svéprávností