



**SOUHLAS PACIENTA/TKY – ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM
MR/CT ARTROGRAFIE**

Pacient			
Jméno:	<input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Rodné číslo:	<input type="text"/>
Matka:	Jméno: <input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>
Otec:	Jméno: <input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>
Oddělení/ambulance	<input type="text"/>	Indikující lékař	<input type="text"/>
Účelem tohoto zdravotního výkonu je:			
Plánovaný výkon je MR / CT artrografie.			
V lokalizaci: <input type="text"/> kloubu a <input type="checkbox"/> VPRAVO <input type="checkbox"/> VLEVO straně			

Popis výkonu včetně jeho rizik je vysvětlen v příloze č. 1, která má dvě strany a je nedílnou součástí tohoto souhlasu.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací, odpovédím jsem porozuměl a беру je na vědomí.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o zdravotním stavu svého dítěte, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit zamýšlenou intervenci, léčbu mého dítěte nebo ohrozit jeho okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Každé RTG vyšetření spadá do kategorie lékařského ozáření a je tedy spojeno s potenciálním zdravotním rizikem, které závisí na radiační dávce odpovídající charakteru zvoleného protokolu. V dlouhodobém časovém horizontu může být zvýšena pravděpodobnost vzniku šedého zákalu oční čočky nebo zhoubného nádorového děje ve vyšetřené oblasti.

Technické podmínky každého RTG (tedy i CT) vyšetření jsou nastaveny tak, aby ozáření bylo co nejmenší (optimalizace dávky). Detailnější informace lze najít na webu Státního úřadu pro jadernou bezpečnost (SÚJB) – <http://www.sujb.cz/radiacni-ochrana/oznameni-a-informace/pouzivani-rentgenu-lekarske-ozareni/>

V případě podezření na komplikaci v pracovní době kontaktujte lékaře Oddělení ambulantních provozů – stacionář tel. 49583 klapka 4733 nebo 4842, v mimopracovní dobu lékaře Oddělení urgentní medicíny FN HK (tel. 495 83 klapka 4120 event. 4130

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby (po přečtení poučení str. 2).



POUČENÍ – ČTĚTE POZORNĚ!!!

Úvod	Levý / pravý kloub <input type="text"/> Vašeho dítěte je třeba vyšetřit magnetickou rezonancí / výpočetní tomografií za pomoci artrografie.
Princip metody	Artrografie je výkon, kdy jehlou vpravíme nejódovou kontrastní látku spolu se sterilní vodou a látkou proti bolesti do kloubu. Tato metoda umožní lépe rozlišit na magnetické rezonanci jednotlivé struktury kloubu a jejich poškození.
Provedení výkonu	Výkon proveden pod zobrazením ultrazvukem, sterilním způsobem po dezinfekci pole a zarouškování, v místním znecitlivění. Bude třeba jednoduchá spolupráce pacienta.
Po výkonu	Po výkonu klidový režim v rozsahu běžných fyzických aktivit.
Komplikace při vpichu jehly	Klinicky významné – snažíme se jim v maximální možné míře předcházet. místní alergická reakce, místní hematom (krevní výron), bolestivou reakci kloubu, zánětlivé poškození kloubu.
Alternativa výkonu	Alternativou k tomuto způsobu je vyšetření magnetickou rezonancí bez náplně kloubu, jeho výtěžnost je však výrazně nižší.

Zárok mně/nám byl dostatečně vysvětlený v celé šíři, všemu rozumím/e a beru/me na vědomí. Mohl jsem se zeptat i na alternativy možné léčby a případné komplikace.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne v hod.

Souhlas a podpis matky

Jmenovka a podpis lékaře/řky

Souhlas a podpis otce