



**SOUHLAS PACIENTA/TKY – ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE SE ZOBRAZENÍM A EVENT. ZPRŮCHODNĚNÍM  
TEPEN DOLNÍCH KONČETIN POD RTG KONTROLOU**

<b>Pacient</b> Jméno:	<input type="text"/>	Štítek:	
Příjmení:	<input type="text"/>		
Rodné číslo:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>		
Zákonný zástupce: Jméno:	<input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>
Účelem tohoto zdravotního výkonu je			
<b>Zobrazení tepen dolních končetin vpichem do třísla a eventuálně jejich roztažení pomocí balónku a/nebo zavedení kovové výztuže (stentu).</b>			
<input type="text"/>			
Možné komplikace: krvácení, alergická reakce, poškození ledvin,			
<input type="text"/>			
Alternativy zobrazení: Magnetická rezonance, Výpočetní tomografie, ultrasonografie			
Alternativy léčba: chirurgická operace, konzervativní léčba			
<input type="text"/>			

**Popis výkonu včetně jeho rizik je vysvětlen v poučení na str. 2 a je nedílnou součástí tohoto souhlasu.**

Beru na vědomí, že po podání kontrastní látky je nebezpečí poškození funkce ledvin a vzniku alergických reakcí, po podání léků na zklidnění, podaných ke snížení pravděpodobnosti alergické reakce, mohou být spavý/á. Beru na vědomí zákaz řízení motorových vozidel po dobu 24 hodin od aplikace.

**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 a beru je na vědomí.**

**Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, nebo ohrozit mé 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 radiční 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 komplikace v pracovní době kontaktujte lékaře Angio-intervenčního oddělení, Radiologické kliniky tel. 495 836 213, mimo pracovní 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	Angiografie (katetrizace) je specializované rentgenové vyšetření cévního systému, při kterém se do cév vstříkují kontrastní látka. Většina vyšetření se provádí v místním znecitlivění. Po punkci cévy se přes vodič zavede cévka – katétr, kterým se aplikuje kontrastní látka a současně se provádí snímkování. Při výkonu je nutná spolupráce nemocného spočívající v zachování pohybového klidu spojeného se zadržením dechu. Po provedení vyšetření je výkon ukončen odstraněním katétru a stlačením místa vpichu po dobu 10-15 min.
Příprava pacienta	8 hod. před vyšetřením nejíst a nekouřit, tekutiny (čaj, minerální voda) možno přijímat do 2 hod. před výkonem Běžně užívané léky je nutné podat i ráno v den vyšetření, není-li požadováno jinak. V případě alergické anamnézy (léky, pyl, astma, kontrastní látka) je nutné upozornit ošetřujícího lékaře už při plánování výkonu.
Navazující výkony	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>PTA – perkutánní balónková angioplastika:</b> v případě nálezu zúžené nebo uzavřené cévy se pronikne vodičem přes postižený úsek, zavede se balónkový katétr, který se v zúženém místě dočasně nafoukne. Nedojde-li takto k úplnému rozšíření cévy, je možné zavést kovovou výztuž <b>stent</b>.</li><li>- <b>TROMBOLÝZA</b> – při uzávěru cévy čerstvou krevní sraženinou (trombem) je možné zavést katétr a podávat lék na rozpuštění sraženiny přímo do trombu.</li><li>- <b>ASPIRAČNÍ TROMBEKTOMIE</b> – u krevních sraženin menších rozměrů lze pomocí katétru a stříkačky přímo odsát tromby z cév</li></ul>
Komplikace	<ul style="list-style-type: none"><li>- krvácení a krevní hematom v místě vpichu,</li><li>- alergická reakce na kontrastní látku,</li><li>- poškození ledvin,</li><li>- poranění katetrizované cévy,</li><li>- jiné – vždy vysvětluje vyšetřující lékař.</li></ul>

Zárok mi byl dostatečně vysvětlen v celém rozsahu, všemu rozumím a беру na vědomí.  
Mohl/a jsem se zeptat i na alternativy možné léčby a případné komplikace.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne  v  hod.

Podpis pacienta/ky

Souhlas a podpis zákonného zástupce

Jmenovka a podpis lékaře/řky