



SOUHLAS PACIENTA/TKY – ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE SE ZAVEDENÍM MIDLINE KATETRU POD UZ KONTROLOU

Pacient

Jméno:

Štítek:

Příjmení:

Rodné číslo:

Telefon:

Zákonný zástupce: Jméno:

Příjmení:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je

Zavedení střednědobého žilního vstupu k podávání antibiotik

Možné komplikace: krvácení, alergická reakce, poškození ledvin, funkce tepny, poranění nervu, trombóza žíly, zánět

Alternativy výkonu: zavedení kanyly do centrální nebo periferní žíly

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 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 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!!!

Popis výkonu	Za sterilních podmínek pod UZ kontrolou se do žíly na paži zavede katetr délky 20 cm, který slouží jako střednědobý žilní vstup k podávání léků. Místo vpichu se sterilně zakryje.
Komplikace	<ul style="list-style-type: none">- krvácení a krevní hematom v místě vpichu,- alergická reakce na kontrastní látku,- poškození ledvin,- poranění katetrizované cévy,- jiné – vždy vysvětluje vyšetřující lékař.

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
nebo vyškolené sestry