



SOUHLAS PACIENTA/TKY – ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE SE ZOBRAZENÍM MOZKOVÝCH TEPEN KONTRASTNÍ LÁTKOU POD RTG KONTROLOU

Pacient Jméno:	<input type="text"/>	Štítek:	
Příjmení:	<input type="text"/>	<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

Zobrazení mozkových tepen k diagnostickému nebo léčebnému výkonu

Možné komplikace: krvácení, alergická reakce, poškození ledvin,

Alternativy výkonu:

Zobrazení: Magnetická rezonance, Výpočetní tomografie

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 kontaktujte v pracovní době 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 vstříkne 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.
Cíl výkonu	Cílem výkonu je zobrazení mozkových cév k diagnostickému účelu nebo před plánovaným léčebným zákrokem (léčba výdutě, malformace, aj.)
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 beru 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

Jmenovka a podpis lékaře/řky

Souhlas a podpis zákonného zástupce