

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989  
Oddělení zobrazovacích metod, tel. 577 552 891

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

### Informace o pacientovi:

Pacient: \_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení, datum narození*

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): \_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení*

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

## APLIKACE JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY NITROŽILNĚ PRO ÚČELY VYŠETŘENÍ VYLUČOVACÍ UROGRAFIE, FLEBOGRAFIE, ANGIOGRAFIE, atd.

### Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Účelem aplikace jodové kontrastní látky je změna pohlcování RTG záření tkáněmi či tekutinami v lidském těle, která umožní vyšetření daného orgánu nebo zvýší výtěžnost některých CT vyšetření.

### Průběh zdravotního výkonu:

Nejčastěji se provádí punkce (vpich) žíly v loketní jamce, na předloktí nebo na ruce. V případě nutnosti lze zvolit i jiné místo. Při flebografii dolní končetiny se punktuje žíla na noze.

Po naložení škrtidla a cvičení končetinou se provede desinfekce místa vpichu. Poté je do žíly zavedena jehla nebo speciální flexibilní kanyla a její poloha je zajištěna náplastí. Zavedenou jehlou nebo kanylou se do žíly aplikuje kontrastní látka.

### Možná alternativa místo navrhovaného výkonu:

Byl/a jsem poučen/a, že alternativa aplikace kontrastní látky nitrožilně při zvoleném typu vyšetření neexistuje, není jiný typ látky s požadovanými vlastnostmi a bez její aplikace je vyšetření buďto diagnosticky neúplné nebo vůbec nemá smysl jej provádět. Některé typy výkonů lze nahradit vyšetřeními na jiných přístrojích, o tomto však může rozhodnout výhradně indikující lékař.

### Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem doporučený postup má následující rizika a komplikace:

*Aplikace jodové kontrastní látky do žíly může mít některé nežádoucí účinky:*

Poškození funkce ledvin (kontrastní nefropatie). Většinou jde o přechodnou poruchu funkce, ale zcela výjimečně může jít i o trvalou poruchu funkce. U zdravých jedinců je pravděpodobnost poškození ledvin minimální, zvyšuje se při některých onemocněních a chorobných stavech, proto je nutno Vašeho ošetřujícího lékaře upozornit na všechna Vaše onemocnění.

Poškození jiných orgánů (srdce, játra) je zcela výjimečné a nevýznamné.

Podání jodové kontrastní látky při zvýšené funkci štítné žlázy může vést ke zhoršení onemocnění. Proto je nutno na onemocnění štítné žlázy upozornit lékaře indikujícího i vyšetřujícího.

Aplikace jodové kontrastní látky může mít za následek projevy nesnášenlivosti. Při aplikaci moderních kontrastních látek jsou v dnešní době tyto projevy velmi vzácné. Mírné projevy nesnášenlivosti se manifestují jako kýchání, kašel, dušnost, nucení na zvracení nebo zvracení, návaly tepla, bolesti hlavy, zarudnutí kůže, svědění, vyrážka, kopřivka. Mezi závažné projevy nesnášenlivosti patří především anafylaktický šok, který může vést i k zástavě dechu a srdeční činnosti a nutnosti resuscitace, křeče, otok mozku s bezvědomím,

otok hrtanu s dušením. Závažné reakce jsou velmi vzácné. Vyšetřovna je vybavena všemi prostředky k léčbě těchto komplikací.

Nechtěně podání kontrastní látky mimo žílu ve větším množství (nebo ruptura cévy během aplikace) může mít za následek místní bolestivost a zánětlivou reakci, zcela výjimečně odumření kůže v místě aplikace a okolí. Tyto nežádoucí účinky se projeví jen při podání většího množství kontrastní látky mimo žílu a k tomu může dojít jen při CT vyšetření a při podání kontrastní látky automatickým injektorem.

Někteří pacienti mají kontaktní alergii na běžnou náplast, kterou se zajišťuje poloha jehly nebo kanyly. Proto informujte o této případné alergii ošetřujícího i vyšetřujícího lékaře.

**Byl/a jsem dále poučen/a, že odmítnutí lékařem doporučeného postupu může mít za následek uvedená rizika:**

Odmítnutí aplikace jodové kontrastní látky vede k tomu, že vyšetření nelze provést (vylučovací urografie, flebografie, nebo je vyšetření nedostatečné (většina CT vyšetření). Toto samozřejmě může vést k nestanovení správné diagnózy nebo k nedostatečnému zhodnocení chorobného stavu a tím k nemožnosti správně chorobu léčit.

**Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

Při normálním průběhu vyšetření je nutné, aby byl pacient ½ - 1 hodinu po aplikaci kontrastní látky sledován (prakticky je to zajištěno tak, že neopouští čekárnu a v případě potíží uvědomí personál pracoviště), jiná omezení nejsou. V případě komplikací, které byly zmíněny, může vzniknout potřeba hospitalizace, jde o situaci zcela výjimečnou.

#### PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují a podání informace se nevzdávám.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a, nemám doplňující dotazy a

#### SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsání léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor ..... (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu ..... (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

**Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.**