

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu

Plánovaný výkon:

Kontrastní mamografie

Jméno a příjmení pacienta: RČ:

Seznámení provádějící lékař:

Jméno a příjmení zákonného zástupce*:

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu, a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
- možné omezení volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

Prohlašuji,

- že jsem byl seznámen se všemi způsoby možné léčby mého onemocnění a o jejich rizicích a uvědomuji si, že určitá rizika existují při každé léčbě a že je nelze vždy přesně určit,
- že souhlasím s provedením zvoleného způsobu zdravotního výkonu stejně jako s nutnými vyšetřeními a vedlejšími výkony. Jsem srozuměn s případnými možnými změnami v léčbě nebo možným rozšířením zákroku,
- že pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři,
- 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,
- že souhlasím s nezbytným omezením volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem,
- **že pokud jsem žena v reprodukčním věku (15 – 50 let), tak nejsem těhotná či není pravděpodobné, že bych mohla být těhotná, a jsem si vědoma případných rizik plynoucích z ozáření plodu.**

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi.

Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.**

V Kyjově, dne:.....

čas:.....

podpis:
pacient (zákonný zástupce)

.....
seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:.....

jméno a příjmení svědka:..... podpis:.....

**vyplní se v případě, že pacienta zastupuje zákonný zástupce*

Příloha k informovanému souhlasu

Vážená paní, vážený pane,

bylo Vám navrženo provedení níže uvedeného zdravotního výkonu. Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osoby týkají.

1. Název výkonu: **Kontrastní mamografie**

2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:

Jedná se o vyšetření moderním mamografickým přístrojem, který jako doplněk nabízí i možnost zobrazení prsu po podání jodové kontrastní látky (KL). Ta zvýrazňuje ložiska se zvýšeným prokrvením, které je způsobeno přítomností nově vytvořených cév v nádoru. Vyšetření tak umožní zejména odlišení povahy ložiska a přesnější určení jeho rozsahu v prsu.

3. Průběh zdravotního výkonu:

K vyšetření není nutná speciální příprava. Probíhá podobně jako klasická mamografie, jen Vám bude pro potřebu nitrožilního podání kontrastní látky zavedena kanylka do žíly. Asi dvě minuty po podání kontrastní látky je Vám provedena série mamografických snímků. Během vyšetření se je nutná Vaše spolupráce (nehybnost, krátké zadržení dechu).

4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:

Vyšetření je spojeno se podobnou radiační zátěží jako klasická mamografie. Rizika spojená s ozářením jsou velmi nízká a převyšuje je přínos z tohoto vyšetření. Lékaři a radiologičtí asistenti vždy použijí jen nezbytně nutnou dávku záření.

Možné komplikace punkce žíly: ruptura (prasknutí) žíly spojená s krevním výronem, únik KL mimo žílu, zánět žíly či okolí místa vpichu.

Možné vedlejší účinky při podání KL: pocit sucha v ústech, pocit tepla, tlak v okolí močového měchýře, zvýšený tlak krve do hlavy.

Možné projevy alergické reakce po podání KL:

- lehké (častější): nevolnost, zvýšená sekrece hlenu v dýchacích cestách, skvrny na kůži,
- střední (méně časté): bušení srdce, bolest na hrudi, pokles krevního tlaku, zvracení, dýchací potíže, otoky,
- těžké (vzácné): kardiovaskulární selhání.

5. Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a zdravotní způsobilosti:

Pokud jste byli premedikováni Dithiadenem, neměli byste v den jeho aplikace řídit motorové vozidlo.

6. Údaje o dalším postupu a režimu po provedení výkonu:

Po vyšetření s aplikací KL nitrožilně, pokud nenastanou komplikace, zůstává vyšetřovaná cca 20 minut v čekárně, poté může na pokyn zdravotnického pracovníka odejít. Pacientky z oddělení, pokud u nich nenastanou komplikace, jsou ihned po vyšetření transportovány zpět na oddělení a kontrolu nad jejich zdravotním stavem zajistí ošetřující lékař.

7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:

K vyšetření prsů slouží i ultrazvuk a magnetická rezonance. Každá z těchto metod má však své výhody, nevýhody a limity. O výběru nejvhodnější metody rozhoduje indikující lékař.

8. Další:

Nahlaste, prosím, všechny Vaše **alergie** a další **rizikové faktory** včetně bronchiálního astmatu lékaři nebo ošetřujícímu personálu. Některé z nich mohou být rozhodující pro výběr KL nebo další premedikaci před vyšetřením.

.....
Věnujte prosím pozornost následujícím otázkám a pečlivě je zodpovězte. Správnou odpověď zakroužkujte:

Diabetes mellitus: ANO – NE **Porušené ledvinné funkce:** ANO – NE
Názvy užívaných PAD: **Event. hodnota kreatininu:**

Alergie na léky či KL: ANO – NE
Event. uveďte název: