

## Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu

Plánovaný výkon:

### Duktografie

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.

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: Duktografie**

#### **2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Duktografie je vyšetření vývodů mléčné žlázy (mlékovodů) pomocí kontrastní látky (KL), která je aplikována do zevního ústí vývodu. Provádí se v případě krvavého výtoku z bradavky a slouží k objasnění příčiny výtoku. Vyšetření umožní detailní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované oblasti.

#### **3. Průběh zdravotního výkonu:**

Jedná se o vyšetření, při němž budete ležet. Po desinfekci kůže Vám bude lékař jemným dutým drátkem sondovat vývod, z něhož uvádíte sekreci, obvykle čirou nebo krvavou. Zavedenou kanylou lékař nastříkne malé množství kontrastní jodové látky. Během výkonu budete lékařovi sdělovat své pocity, které nesmí být významně bolestivé. Lékař se při sondování řídí jak zkušeností, tak i Vašimi subjektivními pocity, aby našel směr vývodu. Po podání kontrastní látky Vám kanylu vyjme a provedeme zpravidla dva mamografické snímky vyšetřovaného prsu.

#### **4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:**

Vyšetření je spojeno se stejnou 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 nastříknutí vývodu: poranění vývodu a jeho event. jizvení, krevní výron či jen zakrvácení sekretu, přeplnění vývodů a přestup kontrastní látky do žlázy, zánět okolí místa vpichu.

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:**

Bez omezení.

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

Po vyšetření, pokud nenastanou komplikace, zůstává vyšetřovaná/ý cca 20 minut v čekárně, poté může na pokyn zdravotnického pracovníka odejít. Pacienti z oddělení, pokud u nich nenastanou komplikace, jsou ihned po vyšetření transportováni 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.

#### **U žen v reprodukčním věku (15 – 50 let):**

Svým podpisem na straně č. 1 tohoto dokumentu stvrzuji své prohlášení, že nejsem těhotná či není pravděpodobné, že bych mohla být těhotná, a jsem si vědoma případných rizik plynoucích z ozáření plodu.