

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonuPlánovaný výkon: **FLEBOGRAFIE DOLNÍ ČI HORNÍ KONČETINY**

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: FLEBOGRAFIE DOLNÍ ČI HORNÍ KONČETINY

2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:

Flebografie je rentgenové vyšetření žilního systému končetin po nitrožilním podání jodové kontrastní látky (KL). Vyšetření umožní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované oblasti.

3. Průběh zdravotního výkonu:

Vzhledem k podání KL nitrožilně je u rizikových pacientů nutná premedikace, kterou zajišťuje Váš odesílající eventuálně ošetřující lékař.

Při vyšetření žil dolní končetiny pacient stojí, po zaškrcení vyšetřované končetiny nad kotníkem je lékařem aplikováno intravenózně (vstříkem do žíly) na nártu nohy či palce asi 50 ml KL. Následuje série snímků potřebných ke stanovení diagnózy. Při vyšetření žil horní končetiny pacient leží, po naložení manžety tlakoměru na paži je končetina zaškrcena, lékařem je poté aplikováno vstříkem do žíly v loketní jamce asi 50 ml KL. Následuje série snímků potřebných ke stanovení diagnózy.

4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:

Rizika spojená s ozářením: poškození molekuly DNA, vznik zhoubných nádorů a genetických změn (vrozené vývojové vady u plodu), lokální účinky na kůži. 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, šok, smrt.

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 vyšetřovaný cca 20 minut v čekárně a poté může odejít. Pacienti z oddělení, pokud u nich nenastanou komplikace, jsou transportováni zpět na oddělení ihned po vyšetření a kontrolu nad jejich zdravotním stavem zajistí ošetřující lékař.

7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:

Ultrazvuk.

8. Další:

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

U žen v reprodukčním věku:

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.