

**Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu**Plánovaný výkon: **PERIMYELOGRAFIE A RADIKULOGRAFIE**

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: PERIMYELOGRAFIE A RADIKULOGRAFIE****2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Radikulografie a perimyelografie je rentgenové vyšetření zobrazující páteřní kanál a jeho obsah pomocí jodové kontrastní látky (KL). Vyšetření umožní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované oblasti.

**3. Průběh zdravotního výkonu:**

U sedícího či ležícího pacienta je KL vpravena do páteřního kanálu lumbální punkcí. Nejvhodnější místo vpichu je nejprve lokalizováno lékařem radiologem pomocí předchozích nativních snímků bederní páteře. Po povrchové dezinfekci je proveden lékařem vpich do páteřního kanálu, poté je odebráno několik mililitrů mozkomíšního moku a následně aplikováno 10 - 15 ml KL. Podle potřeby je provedena série snímků nutných ke stanovení diagnózy. Vyšetření může být doplněno CT vyšetřením.

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

Přestože jsou použité nástroje a materiál sterilní, je možnou komplikací vyšetření zanesení infekce do páteřního kanálu.

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 vedlejší účinky při podání KL: pokles krevního tlaku až kolaps, bolest hlavy, zvracení, parestezie (brnění) dolních končetin.

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:**

Nejsou.

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

Po vyšetření doporučujeme, aby pacient nejméně 3 hodiny odpočíval na lůžku a měl hlavu výše než zbytek těla, dbáme na dostatečný příjem tekutin.

**7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:**

MRI - magnetická rezonance, CT - výpočetní tomografie.

**8. Další:**

Nahlaste, prosím, všechny Vaše **alergie** včetně bronchiálního astmatu ošetřujícím lékaři nebo ošetřujícím 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.**