

**Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu**Plánovaný výkon: **RETROGRÁDNÍ URETROGRAFIE A MIKČNÍ CYSTOURETROGRAFIE**

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 kroků 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: RETROGRÁDNÍ URETROGRAFIE A MIKČNÍ CYSTOURETROGRAFIE****2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Retrográdní uretrografie a mikční cystourethrografie je rentgenové vyšetření močové trubice (uretry) a močového měchýře ředěnou jodovou kontrastní látkou (KL). Při mikční cystourethrografii sledujeme močovou trubici při močení (mikci). Vyšetření umožní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované oblasti.

**3. Průběh zdravotního výkonu:**

Pacient zpočátku při vyšetření leží. Do zevního ústí močové trubice je zaveden lékařem kónus, přes který jsou pod rentgenovou kontrolou močová trubice a močový měchýř plněny KL. Poté je proveden nástřik KL do cévky, která byla zavedena do močového měchýře. Množství aplikované KL závisí na kapacitě močového měchýře. Při následném močení je zobrazena močová trubice, kterou KL při močení odchází. Pacient při vyšetření stojí a močí do připravené nádoby ("bažanta"). Lékařem radiologem je provedena dle potřeby série snímků nutných ke stanovení diagnózy.

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

Přestože jsou použité nástroje a materiál sterilní, je možnou komplikací vyšetření zanesení infekce do dolních močových cest, dále se může objevit příměs krve v moči, únik KL mimo močovou trubici do okolních tkání, při poranění močové trubice možnost vzniku pozdní komplikace - zúžení.

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.

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

Nejsou.

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

Není nutný žádný speciální režim po výkonu.

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

Ultrazvuk, uroflowmetrie, cystoskopie.

**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.**