

## Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu

Plánovaný výkon:

### **URETROCYSTOGRAFIE**

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: URETROCYSTOGRAFIE**

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

Uretrocystografie je rentgenové vyšetření zobrazující močovou trubici (uretru) a močový měchýř jodovou kontrastní látkou (KL). Vyšetření umožní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované oblasti.

### **3. Průběh zdravotního výkonu:**

Do zevního ústí močové trubice je zaveden lékařem kónus, přes který je pod rentgenovou kontrolou močová trubice plněna KL. Močovou trubicí je plněn i močový měchýř. Je provedena série snímků nutných pro stanovení diagnózy. Počet snímků není standardní, závisí na nálezu a přehlednosti ve snímkové oblasti.

### **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, event. může dojít k úniku KL mimo močovou trubici do okolních tkání.

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:**

Cystoskopie, uroflowmetrie.

### **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.**