

Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Most, o.z.
J.E.Purkyně 270, 434 64 Most, tel. 47803 1111, IČ: 25488627
RDG oddělení

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s podáním kontrastní látky během zdravotního výkonu

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo/datum narození:

Zákonný zástupce pacienta: (u nezletilých osob či osob zbavených způsobilosti k právním úkonům)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo/datum narození:

Bydliště:

Vztah k pacientovi:

INFORMACE O POTŘEBNÉM DIAGNOSTICKÉM VÝKONU:**Jste na něco alergický?** (udejte na co – léky, pyly, astma atp)**Popište průběh alergické reakce** (nauzea, kopřivka, zarudnutí kůže, dýchací potíže, bezvědomí)**Byla Vám někdy aplikovaná kontrastní látka?** (udejte při jakém vyšetření)**Popis výkonu:**

Účelem podání kontrastní látky je nabarvení orgánu či tkáně, které jinak zůstávají při průchodu ionizačního záření (rtg , CT vyšetření) špatně odlišitelné nebo jsou neodlišitelné od jejich okolí.

Jódová kontrastní látka je aplikována intravenózně (nitrožilně) nebo intraarteriálně (vstříkem do tepny). Množství kontrastní látky (dále k.l.) a způsob aplikace závisí na druhu zdravotního výkonu.

Při intravenózní aplikaci je k.l. vstříknutá do žíly na horní končetině. Při této aplikaci není omezen obvyklý způsob života.

Výkony s intraarteriální aplikací, kdy se k.l. vstříkují do artérie v třísle nebo v podpaží, se provádí u hospitalizovaných pacientů. Po ukončení výkonu je nutné setrvání pacienta na lůžku 2 - 12 hodin. Tato doba je odvislá od druhu výkonu, pacient je o tomto informován lékařem radiologem.

Aplikace k.l. se provádí bez použití anestezie.

RIZIKA VÝKONU:

Možné vedlejší účinky kontrastní látky: pocit sucha v ústech, horko v okolí vyšetřované oblasti, tlak v okolí močového měchýře, zvýšený tlak krve do hlavy.

Možné projevy alergické reakce po podání kontrastní látky: pocit na zvracení, svědění kůže, kopřivka, rudé skvrny na kůži, dýchací potíže, ztráta vědomí – anafylaktický šok, úmrtí.

Účinnost:	Garant :prim RDG MO	Uvolnil: MK MO	Schválil: NZDP MO	Distribuce	Verze: 1	Strana
1.3.2009	23.2.2009	23.2.2009	23.2.2009	Intranet	1.3.2009	1 z 2

ALTERNATIVY VÝKONU:

Zdravotní výkony, vyžadující aplikaci kontrastní látky intravenózně či intraarteriálně, nemají alternativní řešení.

ODPOVĚDI NA DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY PACIENTA:

Pacient nepožadoval další vysvětlení.

Následující dotazy byly pacientovi zodpovězeny: _____

Prohlášení lékaře

Prohlašuji že jsem pacienta (případně jeho zákonného zástupce) srozumitelně informoval o plánovaném výkonu a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o dalším postupu.

Datum: _____ MUDr. _____
 Jméno a příjmení lékaře Podpis lékaře

Datum: _____ MUDr. _____
 Jméno a příjmení lékaře Podpis lékaře indikujícího daný výkon

Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o aplikaci kontrastní látky nutné k provedení zdravotního výkonu včetně upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující otázky (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **souhlasím s aplikací kontrastní látky během vyšetření a seznámil jsem se s výše uvedenými možnými vedlejšími a alergickými projevy po její aplikaci.** 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 mého života a zdraví. Všemmu jsem porozuměl a s navrženým postupem souhlasím.

Datum: _____
 Podpis pacienta Podpis zákonného zástupce

Jméno, příjmení a podpis svědka (zdravotnický pracovník) poučení a souhlasu pacienta, pokud není pacient schopen se podepsat

 Jméno a příjmení

 Podpis

Důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a jakým způsobem projevil svou vůli:

Účinnost:	Garant :prim RDG MO	Uvolnil: MK MO	Schválil: NZDP MO	Distribuce	Verze: 1	Strana
1.3.2009	23.2.2009	23.2.2009	23.2.2009	Intranet	1.3.2009	2 z 2