

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Angiografie oka indocyaninovou zelení (ICGA)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem doporučeno vyšetření stavu očních cév.

Co je angiografie oka indocyaninovou zelení (ICGA):

Angiografie oka indocyaninovou zelení (ICGA) je diagnostický výkon, kdy snímáme kamerou oční cévy po aplikaci kontrastní látky do žíly nemocného. Není používán rentgen ani laser.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Při vyšetření můžeme podrobně hodnotit řadu onemocnění cévnatky. Poskytuje lékaři informace, které nelze získat jiným způsobem a které mnohdy zásadním způsobem ovlivní léčbu.

Alternativy výkonu:

Toto vyšetření nemá srovnatelnou alternativu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

1 hodinu před vyšetřením užijete 2 tablety Dithiadenu (omezení možných alergických komplikací). Zornice budou rozšířeny pomocí očních kapek (efekt přetrvává několik hodin a je doprovázen zhoršením vidění, takže nebudete moci např. řídit auto – vhodný doprovod). Způsob přípravy může lékař upravit podle individuálních potřeb.

Informujte lékaře, jestliže:

1. trpíte alergiemi, zejména alergií na iód, iodid sodný,
2. trpíte onemocněním štítné žlázy, ledvin, srdce, vysokým krevním tlakem,
3. jste těhotná nebo kojíte.

Na tyto skutečnosti upozorněte předem!

Jaký je postup při provádění výkonu:

Provádí se ambulantně vsedě, podobně jako běžné oční vyšetření. Provedení snímků je doprovázeno intenzivním blesknutím. Zahajujeme provedením přirozené fotografie očního pozadí, potom je injekcí do žíly v loketní jamce aplikována kontrastní látka a bezprostředně poté je zahájeno snímání. Od tohoto okamžiku trvá vyšetření s přestávkami obvykle 20-40 minut a je nutná spolupráce pacienta. Injekční jehla zůstane po tuto dobu zavedená v žíle.

Jaké jsou možné komplikace a rizika (převážně na alergickém podkladu):

Níže popsané reakce byly pozorovány u pacientů s nebo bez historie alergie na jód.

Mezi příznaky, které je nutné zmínit, patří alergické nebo anafylaktické projevy (ve velmi zřídka případech (<1/10000).) Jedná se například o tyto příznaky:

Neklid, nevolnost, pocit tepla, svědění a zarudnutí kůže, kopřivka, otok v obličeji, zrychlení tepu, pokles krevního tlaku a krátký dech, bronchospasmus (pocit ztíženého dýchání), laryngospasmus (sevření hrdla v oblasti hlasivek, s nemožností se nadechnout). Také byly popsány zřídka případy záchvatů srdeční slabosti nebo tlaku na prsou, srdeční zástava. Společně s anafylaktoidní reakcí může nastat hypereozinofilie (změny v krevním obraze). Riziko anafylaktické reakce se zvyšuje u pacientů ve fázi konečného selháním činnosti ledvin. Úmrtí v důsledku anafylaxe nastávají v méně než 1/330000 případů (odhad) včetně jednotlivých hlášení.

Ordinace lékařem před výkonem:

Ordinace lékaře	Množství, cesta podání	Aplikováno v	Aplikoval (identifikace a podpis)
Dithiaden 2,25 mg tbl	2 tbl per os		
ICG 25mg, inj. + 5ml Aqua pro injectione, 5mg ICG / 1 ml	5 ml i.v		

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Bez omezení.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

Plánovaný výkon:

Angiografie oka indocyaninovou zelení (ICGA)

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informovala ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajila jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka