

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Chladový test

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 byl lékařem indikován chladový test.

Co je chladový test:

Jde o vyšetření, které zjistí reakci cév končetin na chlad. U zdravého člověka jsou končetiny po ochlazení normálně prokrvené. U poškozených cév dochází k jejich zúžení, což se projevuje bílými prsty.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Zatím není jiná objektivnější metoda k posouzení stahování cév v chladu. Výsledek vyšetření je důležitý nejen pro diagnostiku, ale též pro další léčbu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Pacient před testem nepije kávu, čaj, nekouří a po 3 dny vynechá léky na roztahování cév. Ruce má do testu v teple – ráno se nemyje studenou vodou.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Chladový test spočívá v ponoření končetin po lokty do vaniček se studenou vodou o teplotě v rozmezí 10 +/- 1°C po dobu 10 minut. Může nastat bolest, která většinou po 2 minutách odezní, v některých případech je po celou dobu testu.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Test je nepříjemný pro pacienta, nezpůsobuje však poškození zdravotního stavu. Při psychických zábranách, kdy pacient není schopen test dokončit pro nepříjemnou bolest z chladu, test ihned ukončíme.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po ukončení testu je pacient pozorován dalších 10 minut. V této době mohou ještě nastat diagnosticky cenné barevné změny prstů končetin.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Chladový test

Vysvětlující pohovor provedl(a):

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 informoval(a) 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 nezatajil(a) 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.

Pacient byl edukován o svém zdravotním stavu, navržených opatření (léčebných a preventivních), se kterými souhlasí a měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zodpovězeny.

V Ostravě dne:

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