

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Fluorescenční angiografie oka

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 fluorescenční angiografie oka:

Fluorescenční angiografie oka 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).

Informujte lékaře jestliže:

1. trpíte alergiemi (měli jste kopřivku, astma, ekzém, sennou rýmu vyvolanou potravinami nebo léky), měli jste v minulosti alergickou reakci na podanou kontrastní látku,
2. trpíte onemocněním srdce, užíváte betablokátory (včetně očních kapek s betablokátory), máte poruchy ledvin,
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 obvykle 10-15 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):

Podobně jako všechny léky může mít i tento nežádoucí účinky, které se ale nemusí vyskytnout u každého. Fluorescein obsažený v injekčním roztoku může vyvolat závažné reakce nesnášenlivosti, které jsou častější u pacientů, kteří injekce tohoto přípravku již dříve snášeli, nebo kteří mají alergii (kopřivka, astma, ekzém, senná rýma vyvolaná potravinami nebo léky).

Gastrointestinální poruchy: pocit nevolnosti, zvracení, bolesti břicha. **Cévní poruchy:** šok, žilní sraženina, návaly horka, bledost, nízký nebo vysoký krevní tlak. **Poruchy kůže a podkoží:** svědění, zarudnutí, zánět, kožní výsev, kopřivka, studený pot, zimnice, zvýšené pocení, žluté zbarvení kůže. **Poruchy imunitního systému:** alergická reakce, angioedém (náhlý otok obličeje a krku, který může vést k dýchacím problémům), závažná alergická reakce (anafylaktický šok), který může vést k úmrtí. **Respirační poruchy:** respirační arrest, plicní edém (hromadění tekutiny v plicích), astma, otok jazyka, dušnost, tíseň v hrdle, dýchací obtíže, kašel, kýčání. **Srdeční poruchy:** srdeční arrest, akutní infarkt myokardu, pomalý nebo rychlý tep. **Poruchy nervového systému:** částečná ztráta citlivosti/necitlivosti v rukou, nohou nebo jiných částech těla, mrtvice, křeče, mdloby, bolesti hlavy, pocit závratě, lechtání a píchání, abnormální vnímání chutí. **Celkové poruchy a reakce v místě aplikace:** trombóza v místě injekce, bolesti na hrudi, otok, pocit nemoci, únava. **Poruchy ledvin a močových cest:** žluté zbarvení moči.

Ordinace lékařem před výkonem:

Ordinace lékaře	Množství, cesta podání	Aplikováno v	Aplikoval (identifikace a podpis)
Dithiaden 2,25 mg tbl	2 tbl per os		
Fluocyne 10 proc. inj.	5 ml i.v.		

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Bez omezení. Podaný lék může 3 až 4 dny po proceduře ovlivňovat výsledky některých krevních a močových testů.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Fluorescenční angiografie oka

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 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.

V Ostravě dne:

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