

Informovaný souhlas rodiče s výkonem

Fluorescenční angiografie (FAG) u dětí

Vážení rodiče,

vzhledem k tomu, že jako zákonní zástupci svého dítěte se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vašeho dítěte, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informováni.

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

Co je fluorescenční angiografie (FAG):

Fluorescenční angiografie (FAG) 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 sítnicových postižení. 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 bude dětem ve věku do 15 let podána 1 tableta Dithiadenu, dětem starším 15 let 2 tablety Dithiadenu (omezení možných alergických komplikací). Zornice budou rozšířeny pomocí očních kapek (efekt přetrvává několik hodin a je doprovázen zhoršením vidění).

Upozorněte lékaře v případě, že Vaše dítě:

1. trpí alergiemi,
2. léčí se pro bronchiální astma,
3. léčí se pro zelený zákal (glaukom),
4. může být těhotné.

Na tyto skutečnosti upozorněte předem! Vyžadují individuální přípravu!

Jaký je postup při provádění výkonu:

Provádí se za krátkodobé hospitalizace, v ojedinělých případech ambulantně. Samotné vyšetření probíhá vsedě, podobně jako běžné oční vyšetření. Provedení snímků je doprovázeno intenzivním blesknutím. Zahajujeme provedením přirozené fotografie očního pozadí, potom je aplikován fluorescein do žilního přístupu (injekce) a bezprostředně poté je zahájeno snímkování. 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):

Mírné: (mizí samy)	Pocit na zvracení	1/7-30
	Zvracení	až 1/14
	Svědění	až 1/20
Střední: (mizí po lékařském zásahu)	Kopřivka	1/82
	Mdloba	1/337
	Jiné (zánět žíly, horečka, místní odumření tkáně, nervová obrna)	1/769
Závažné: (vyžadují intenzivní intervenci a mohou být špatně léčitelné)	Dechové (otok hrtanu, křečovitě zúžení průdušek)	1/3800
	Oběhové (šok, infarkt myokardu, srdeční zástava)	1/5300
	Záchvaty	1/13900
	Smrt	1/221781

*** údaje uvedené v tabulce platí pro dospělou populaci.**

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po výkonu bude pacient minimálně 2 hodiny sledován s cílem vyloučit vznik komplikací. Po výkonu bude moč výrazně zbarvena do žluta. Po propuštění můžete pozorovat asi 1 den naoranžovělé zbarvení kůže. Slunění ve 3 dnech po vyšetření se nedoporučuje pro riziko vzniku svědivé vyrážky.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Fluorescenční angiografie (FAG) u dětí

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, svého dítěte, 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 zdravotního stavu, svého dítěte, 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 života nebo zdraví mého dítěte, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis zákonného zástupce, opatrovníka