

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### **Přímá radionuklidová mikční cystografie**

**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 byla lékařem doporučena přímá radionuklidová mikční cystografie.

**Co je přímá radionuklidová mikční cystografie:**

Vyšetření močového ústrojí, ke kterému jste se právě dostavili na naše pracoviště a které Vám doporučil Vás ošetřující lékař, má ozřejmit Vaši případnou příčinu močových infekcí.

Močový měchýř se naplní fyziologickým roztokem s radiofarmakem a následně se pacient vymočí, takže pak již jeho tělo žádnou radioaktivní látku neobsahuje a nemusí se obávat radiační zátěže.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Čím přesněji a dříve může Váš lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

**Alternativy výkonu:**

Alternativou je RTG mikční cystografie.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Před vyšetřením není potřebná žádná příprava.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

K vyšetření Vašeho dítěte či Vás je třeba provést po dezinfekci zevního genitálu zacévkování močového měchýře. K tomu používáme sterilní cévku potřenou znecitlivujícím gelem. Močový měchýř naplníme tekutinou s radioaktivní látkou pod scintigrafickou kontrolou (Scintigrafické vyšetření je zobrazovací metodou, která využívá pro znázornění různých orgánů radioaktivní gama záření, které vychází z radiofarmaka, které se pacientovi podává různým způsobem do těla. Příslušný typ radiofarmaka je vycíleno určitým specifickým orgánem, k jehož zobrazení pak toto radiofarmakum slouží.) a následně zaznamenáme její vymočení. Při tomto vyšetření sledujeme přítomnost patologického úniku moče z močového měchýře do močových cest, dále rychlost močení a objem zbytku moče v močovém měchýři. Při plnění močového měchýře je pacient v poloze vleže, při scintigrafickém vyšetření je pacient v poloze vsedě. Výkon se provádí většinou ambulantně (pouze u malých dětí je potřebná hospitalizace na odesílajícím oddělení). Po výkonu odchází pacient domů. Výkon začíná zavedením cévky do močového měchýře, z toho plynou možné nepříjemné pocity pro pacienta.

**Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější komplikace jsou:

- možnost zanesení infekce do močových cest - prakticky odpadá provedením výkonu sterilní cévkou a nasazením preventivní antibiotické medikace Vaším nefrologem,
- alergická reakce na dezinfekci eventuelně na znecitlivující látku.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám prosím následující otázky:

Trpíte Vy či Vaše dítě sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znečistivění? Ano - Ne\*

Jste těhotná? Ano - Ne\*

Máte Vy či Vaše dítě závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku? Ano - Ne\*

Jestliže ano, jaké: \_\_\_\_\_

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Dodržovat zvýšený pitný režim, častěji močit.

**V případě jakýchkoli potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře.**

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

**Přímá radionuklidová mikční cystografie**

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