

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Radionuklidová angiokardiografie (RKG)

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 radionuklidová angiokardiografie (RKG).

Co je RKG:

K objasnění Vašich potíží je třeba u Vás provést vyšetření srdce k průkazu defektu komorového či síňového septa se stanovením jeho kvantifikace. Tento defekt znamená patologické spojení mezi jednotlivými oddíly pravé a levé části srdce. Pokud se toto spojení prokáže, Váš ošetřující lékař rozhodne o další léčbě.

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 echokardiografie nebo srdeční katetrizace, což je invazivní výkon s aplikací kontrastní látky.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Není potřebná žádná příprava pacienta před vyšetřením.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Vlastní vyšetření trvá cca 5 minut. Vyšetřovací látku aplikujeme co nejbližší srdci, tzn. do krční žíly. Hlavu budete mít otočenou doleva a bradu budete tlačít k levému rameni, na upozornění lékaře nebudete chvíli polykat. Po dezinfekci lékař zavede jehlu do krční žíly a aplikuje vyšetřovací látku. Nad Vámi bude detektor scintilační kamery.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit.

- Nejčastější komplikace jsou:
- alergická reakce na dezinfekci,
- při vlastním vpichu může dojít k částečnému úniku vyšetřovací látky či fyziologického roztoku, kterým se provádí proplach, mimo žílu – toto se projeví mírným tlakem v místě vpichu,
- vzácněji krvácení v místě vpichu při některých onemocněních krevetvorby či poruchách srážlivosti.

Abychom snížili riziko krvácení nebo alergické reakce na minimum zodpovězte nám prosím, následující otázky:

Užíváte antikoagulační terapii (např. WARFARIN, PELENTAN, atd.) ? Ano - Ne*

Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo vytržení zubu? Ano - Ne*

Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrvení příbuzní) ? Ano - Ne*

Jste po operaci v oblasti krku ? Ano - Ne*

Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění ? Ano - Ne*

Trpíte chronickým onemocněním (např. epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost). Jestliže ano, kterým: Ano - Ne*

Jste těhotná ? Ano - Ne*

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Je vhodný zvýšený pitný režim, jelikož se vyšetřovací látka vylučuje močí.

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:

Radionuklidová angiokardiografie (RKG)

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