

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Skiagrafické vyšetření

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 indikováno skiagrafické vyšetření.

Co je skiagrafické vyšetření:

Zhotovení RTG dokumentace pomocí ionizujícího záření. Jsou zhotoveny 2 snímky ve dvou na sebe kolmých projekcích.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Onemocnění plic, srdce, úrazy, bolesti kloubů, páteře, náhlé příhody břichní.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Zpravidla bez speciální přípravy.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Vyšetření se nemusíte obávat, jsou nebolestivá. RA laborant Vás uloží do sedu, lehu, stoje případně bude po Vás vyžadovat mírný předklon nebo záklon do pocitu případné bolesti.

Jaké jsou možné komplikace:

Výkony jsou bez komplikací. Nevýhodou je využití ionizujícího záření. **Těhotné ženy nelze vyšetřit.**

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Bez omezení či doporučení.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Skiagrafické vyšetření

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