VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):
Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **MCUG – MIKČNÍ CYSTOURETROGRAFIE** **(RENTGENOVÉ ZOBRAZENÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE A MOČOVÉ TRUBICE POMOCÍ KONTRASTNÍ LÁTKY PŘI PROBÍHAJÍCÍM VYPRÁZDNĚNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE)**
Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu: Cílem je zobrazení dolních močových cest - močového měchýře a močové trubice, k objasnění případné patologie a především k vyloučení VUR (vezikoureterální reflux) - to je patologický stav, při kterém se vrací moč z močového měchýře zpět do močovodu, případně až do ledviny. Rizika jsou minimální, komplikace vzácné a souvisí se zavedením cévky do močového měchýře - to je případné poranění močové trubice, event. připadá v úvahu riziko zavlečení infekce do močových cest. Výkon je spojen s mírnou radiační zátěží při rentgenovém vyšetření.
Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Aternativou je izotopová mikční cystografie, při které se místo kontrastní látky podává izotop. Toto vyšetření je spojeno s rizikem vzniku přibližně stejných komplikací, radiační zátěž je lehce nižší. Diagnostický přínos a výtěžnost tohoto vyšetření je však oproti MCUG výrazně nižší.
Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto: Pacientovi se zavede tenká cévka potřená znecitlivujícím gelem do močového měchýře a kapací infuzí se do měchýře vpraví kontrastní látka. Po celou dobu se sleduje dynamické zobrazení rentgenového obrazu. Po naplnění močového měchýře dojde k jeho vyprázdnění a hodnotí se močová trubice. Výkon trvá přibližně 15 minut.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Žádná
Další potřebná léčba: Žádná
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu.

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....	.....
podpis pacienta / zákonného zástupce	*jméno, příjmení a podpis lékaře*

.....

podpis nezletilého pacienta /

pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka