ЗАГАЛЬНА ФАКУЛЬТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ В ПРАЗІ
У Немоцніце 499/2, 128 08 Прага 2| ІН: 00064165, тел.: 224 961 111

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Законний представник пацієнта (ім'я, прізвище):	
Найменування медичної процедури / лікувального заходу (або декількох процедур/заходів): **МЦУГ – МІКЦІЙНА ЦИСТОУРЕТРОГРАФІЯ** **(РЕНТГЕНОГРАФІЯ СЕЧОВОГО МІХУРА І СЕЧОВИПУСКНОГО КАНАЛУ З ВИКОРИСТАННЯМ КОНТРАСТНОЇ РЕЧОВИНИ В ПРОЦЕСІ СЕЧОВИПУСКАННЯ)**	
Мета, характер, підготовка, очікувана користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури / лікувального заходу: Метою є візуалізація нижніх сечових шляхів (сечового міхура і сечовипускного каналу), уточнення можливої патології та насамперед виключення ВУР (везикоуретерального рефлюксу) – патологічного стану, за якого сеча повертається із сечового міхура в сечовід або навіть у нирку. Ризики мінімальні, ускладнення рідкісні і пов'язані з введенням катетера в сечовий міхур. До них належать можливе ушкодження сечовипускного каналу (уретри), а також ризик занесення інфекції в сечовивідні шляхи. Процедура пов'язана з невеликим променевим навантаженням під час рентгенологічного дослідження.	
Альтернативи лікувальному заходу, їхня доцільність, переваги та ризики: Альтернативою є ізотопна мікційна цистографія, під час якої замість контрастної речовини вводять ізотоп. Це дослідження пов'язане з ризиком приблизно тих самих ускладнень, але променеве навантаження дещо нижче. Однак діагностична цінність і результативність цього дослідження значно нижча порівняно з МЦУГ.	
Медична процедура / лікувальна маніпуляція відбуватиметься так: У сечовий міхур пацієнта вводиться вкритий анестезувальним гелем тонкий катетер, через який крапельно вводять контрастну речовину. Протягом усього часу відстежують динамічне рентгенівське зображення. Після наповнення сечового міхура відбувається його спорожнення, і досліджується сечовипускний канал. Процедура триває приблизно 15 хвилин.	
Обмеження та рекомендації щодо способу життя з огляду на стан здоров'я та можливі зміни у працездатності після проведення медичної процедури: Немає	

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

Подальше потрібне лікування:

Немає

Заявляю, що лікар, який надав мені інформацію, особисто роз'яснив увесь зміст цієї письмової інформованої згоди, і я мав можливість поставити йому запитання, на які дістав належну відповідь. Заявляю, що наведену вище інформацію я повністю зрозумів/-ла і даю пряму згоду на проведення цієї медичної процедури.

Якщо пацієнт **неповнолітній або з обмеженою дієздатністю** і достатньо зрілий в інтелектуальному та вольовому відношенні:

Заявляю, що я отримав/-ла роз'яснення в обсязі, зазначеному вище.

Якщо пацієнту не були надані такі відомості, має бути наведена причина їх ненадання:

м. Прага, дата

…… ……

підпис пацієнта / законного представника *ім'я, прізвище та підпис лікаря*

……

підпис неповнолітнього пацієнта /

пацієнта з обмеженою дієздатністю

Якщо пацієнт / законний представник не може підписати документ за станом здоров'я:

Причина, через яку пацієнт / законний представник неспроможний підписати документ:

Спосіб, яким пацієнт / законний представник висловив свою волю:

……

ім'я, прізвище та підпис свідка

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА