BỆNH VIỆN ĐA KHOA PRAHA
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

THÔNG BÁO SỰ ĐỒNG Ý

Họ và tên: số sinh**:**
Người giám hộ của bệnh nhân (tên, họ):
Ký hiệu dịch vụ y tế/bước chữa trị (hoặc là các dịch vụ/các bước chữa trị): **MCUG – KHÁM NGHIỆM BÀNG QUANG VÀ ỐNG DẪN NƯỚC TIỂU** **(PHƯƠNG PHÁP CHỤP X-QUANG BÀNG QUANG VÀ ỐNG DẪN NƯỚC TIỂU NHỜ CHẤT TƯƠNG PHẢN TRONG QUÁ TRÌNH TIỂU TIỆN)**
Mục đích, tính chất, dự kiến thành công, hậu quả và những rủi ro của dịch vụ y tế/bước chữa trị: Mục đích là chụp ảnh phần dưới của đường nước tiểu -bàng quang và ống dẫn nước tiểu, để làm rõ các sự việc bất thường có thể xảy ra và đặc biệt là loại trừ VUR (trào ngược bàng quang) – đó là hiện tượng bất thường khi nước tiểu trào ngược từ bàng quang trở lại ống dẫn nước tiểu, thậm chí trào đến cả thận. Rủi ro là rất nhỏ, các biến chứng liên quan đến việc đặt ống tiểu vào bàng quang – đó là có thể gây ra tổn thương ống dẫn nước tiểu hoặc tương tự có thể xét đến nhiễm trùng đường tiểu tiện. Dịch vụ này nối liền với ảnh hưởng phóng xạ khi khám tia X.
Các lựa chọn thay thế khác của bước điều trị, sự phù hợp của chúng, lợi ích và rủi ro: Lựa chọn thay thế là dùng chất đồng vị, tức là thay thế chất tương phản bằng chất đồng vị. Phương pháp khám này thì nối liền với rủi ro của những biến chứng tương tự, ảnh hưởng phóng xạ thì thất hơn. Tuy nhiên giá trị chuẩn đoán và hiệu quả của phương pháp này so với MCUG thì thấp hơn nhiều.
Dịch vụ y tế/bước chữa trị sẽ tiến hành như sau: Bệnh nhân sẽ được dẫn một ống mỏng đã bôi chất gây tê vào bàng quang và chất tương phản sẽ được bơm vào bàng quang qua ống dẫn này. Trong suất qua trình sẽ được theo dõi bằng hình ảnh chụp X-quang động. Sau khi bàng quang đầy sẽ được xả và đánh giá tình trạng ống dẫn nước tiểu. Quá trình này kéo dài 15 phút.
Hạn chế và khuyến nghị về lối sống có liên quan đến tình trạng sức khỏe và những thay đổi có thể xảy ra đối với sức khỏe sau khi thực hiện thao tác y tế/qui trình chữa trị: Không có
Điều trị cần thiết tiếp theo: Không có
Tôi tuyên bố rằng, bác sĩ mà đã chỉ dẫn cho tôi, thì đã giải thích tất cả những gì ghi trong bản tuyên bố đồng ý cho tôi và tôi đã được phép đặt các câu hỏi và những câu hỏi đó đã được bác sĩ trả lời tôi. Tôi tuyên bố rằng, chỉ dẫn và những thông tin nêu ra ở trên tôi hoàn toàn hiểu và tôi đồng ý với việc thực hiện thao tác y tế này:

BỆNH VIỆN ĐA KHOA PRAHA
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

THÔNG BÁO SỰ ĐỒNG Ý

Họ và tên: số sinh**:**

Trong trường hợp bệnh nhân là trẻ vị thành niên hoặc là khuyết khả năng tự quyết và là đủ hiểu chuyện và được coi là trưởng thành:

Tôi tuyên bố là tôi đã được chỉ dẫn về nội dung ở trên.

Nếu như bệnh nhân chưa được cung cấp những thông tin như vậy, hãy nêu ra lí do không được cung cấp:

Nêu lí do

Tại Praha ngày

.....
Chữ kí của bệnh nhân / chữ kí của người giám hộ

.....
tên, họ và chữ kí của bác sĩ

.....
Chữ kí của trẻ vị thành niên /
Của bệnh nhân khiếm khả năng tự quyết

Trong trường hợp bệnh nhân hay người giám hộ vì lí do sức khỏe không thể kí được:
Lí do mà vì nó bệnh nhân hay người giám hộ không thể kí được: Nêu lí do
Cách mà bệnh nhân/người giám hộ thể hiện ý chí của mình: nêu cách thức

.....
Tên, họ và chữ kí của người làm chứng