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 (popřípadě několika výkonů):

PODÁNÍ JÓDOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Podání jódové kontrastní látky do žíly se provádí z důvodu vyšetření některých orgánů pro vytvoření ozařovacího plánu. Použití kontrastní látky se obvykle rozhoduje až v průběhu přípravy plánovacího CT (počítačová tomografie) vyšetření.

S vyšetřením / výkonem se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnižší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek.

Před zahájením radioterapie (ozařování) je důrazně doporučeno vyloučit těhotenství a v průběhu celé terapie se vyhýbat možnosti otěhotnění. V případě podezření na těhotenství nebo potvrzení těhotenství žádáme pacientky, aby neprodleně informovaly radiačního onkologa.

Rizika výkonu:

Každé podání kontrastní látky může vyvolat alergickou reakci, případně jinou komplikaci. Na jejich zvládnutí je personál připraven. Nejčastější jsou následující komplikace:

- Zánět podkoží nebo žíly v místě vpichu s možností prasknutí cévy a tím aplikaci kontrastní látky do podkoží, někdy je nutný chirurgický zákrok.
- Alergická reakce na kontrastní látku: kopřivka, nevolnost, zvracení, dušnost až vážné stavy vyžadující hospitalizaci.
- Vzácně poškození až selhání ledvin vyžadující nemocniční léčbu.

Pro posouzení míry rizik odpovězte na následující otázky:

- Byl/a jste již vyšetřován/a pomocí nitrožilně podávané kontrastní látky?	☐ **ANO**	☐ **NE**
- Pokud ano, vyskytly se u Vás nějaké obtíže?	☐ **ANO**	☐ **NE**
- Máte alergii na léky, jód nebo jiné látky?	☐ **ANO**	☐ **NE**
- Jste diabetik nebo astmatik?	☐ **ANO**	☐ **NE**
- Léčíte se s nějakým onemocněním ledvin?	☐ **ANO**	☐ **NE**
- Jste na lačno (jedl/a jste naposledy před více jak 4 hodinami)?	☐ **ANO**	☐ **NE**
- Léčíte se se štítnou žlázou?	☐ **ANO**	☐ **NE**

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Neexistuje plnohodnotná alternativa, v případě odmítnutí podání kontrastní látky je pravděpodobné, že ozařovací plán vzhledem k nedostatečnému zobrazení cílového objemu nebude ideální.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Kontrastní látka se podává nitrožilní injekcí. Před vyšetřením nebo v průběhu vyšetření Vám sestra nebo laborant zavedou do žíly tenkou plastikovou kanylu, kterou bude při vyšetření kontrastní látka podána.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

V průběhu aplikace můžete pociťovat nával tepla do těla a hlavy, sucho v ústech nebo utkání na močení. Tyto pocity jsou normálním průvodním jevem, nejsou příznakem komplikace.

Plastová kanyla bude v žíle ponechána ještě asi 20 minut po vyšetření. Budete-li se po této době cítit dobře a nebudou-li patrné žádné známky komplikací, kanyla bude vyjmuta, vpich ošetření a můžete opustit kliniku.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Kontrastní látka se z těla vylučuje ledvinami a představuje pro ně zátěž. Proto je nutné před i po vyšetření dostatečně pít.

Další potřebná léčba:

Ozařování po stanovení ozařovacího plánu.

Poznámka:

Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že byly náležitě poučené o riziku ionizujícího záření na vývoj plodu v průběhu radioterapie, o nutnosti zabránit otěhotnění před a v průběhu radioterapie a že nejsou těhotné.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl 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 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