

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ARTROGRAFIE – RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ KLOUBU POMOCÍ KONTRASTNÍ LÁTKY ☐ VPRAVO ☐ VLEVO	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Ambulantní výkon slouží k diagnostice nitrokloubního poškození pomocí kontrastní látky. S vyšetřením 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 nejnížší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek. Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení. <u>Rizikem výkonu</u> může být infekce místa vpichu popř. kloubu, místní hematoma (krevní výron), bolestivá reakce kloubu.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativou artrografie u vybraných případů může být magnetická rezonance bez použití kontrastní látky.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Pacient si podle pokynů radiologického asistenta odloží oděv a položí se na vyšetřovací stůl. Místo vpichu lékař odezinfikuje a pomocí anestetika znecitliví. Posléze aplikuje do kloubní štěrbině směs kontrastní látky. Pohybem kloubu kontrastní látka vyplní celé kloubní pouzdro. Poté radiologický asistent provede na pokyn lékaře několik rentgenových snímků. Kontrastní látka se samovolně z kloubu vstřebá.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Mírná bolestivost do doby vstřebání aplikované kontrastní látky. Jinak není žádné omezení.	
Další potřebná léčba: Žádná	
Poznámka: Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

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 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/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a 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/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....
jméno, příjmení a podpis svědka

verze číslo:

platnost od:

tisk: