

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): KONTRASTNÍ MAMOGRAFIE	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Jedná se o vyšetření moderním mamografickým přístrojem, který jako doplněk nabízí i možnost zobrazení prsu po podání jodové kontrastní látky. Ta zvýrazňuje ložiska se zvýšeným prokrvením, které je způsobeno přítomností nově vytvořených cév v nádoru. Vyšetření tak umožní zejména lepší rozhodnutí o povaze ložiska a přesnější určení rozsahu postižení v prsu. 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. Vzhledem k tomu, že je před vyšetřením aplikována jodová kontrastní látka, nelze zcela vyloučit alergickou reakci.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativou vyšetření je magnetická rezonance, která má také svá omezení a limity. O vhodnosti metody v konkrétním případě rozhoduje indikující lékař.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Vyšetření probíhá podobně jako klasická mamografie, jen je pro potřebu nitrožilního podání kontrastní látky zavedena kanyla do žíly. Asi dvě minuty po podání kontrastní látky je provedena série mamografických snímků.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Bez 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