

Pacient/ka

.....
titul jméno příjmení

Kód ZP

Rodné číslo:

Adresa

Poznámka: vyplňte údaje nebo nalepte štítek

štítek

Zákonný zástupce

.....
titul jméno příjmení

Vztah:

.....
např. matka, otec, opatrovník aj.

Adresa

.....
liši-li se od bydliště pacienta/ky

Narozen/a:

Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) nezbytně vyžaduje provedení vylučovací urografie. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

1 Důvod provedení výkonu

Důvod Vám byl sdělen indikujícím lékařem při návrhu vyšetření.

2 Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

3 Příprava k výkonu

Nezbytným písemným dokladem k provedení vylučovací urografie je tzv. poukaz k rentgenovému vyšetření, který vyplní indikující lékař a předá jej pracovišti, na kterém bude vyšetření provedeno. Přesvědčte se proto předem, že tato povinnost byla splněna (bez poukazu k vyšetření nelze výkon provést). Dále je k vylučovací urografii nezbytný Váš podpis na informovaném souhlasu, který držíte v ruce. Tento dokument uloží indikující lékař ve své dokumentaci a o jeho existenci uvědomí rentgenové pracoviště na poukazu k vyšetření rentgenem.

Při vylučovací urografii je nepřijatelné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu a aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat doma šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla.

Musíte upozornit předem na jakékoli cizí těleso uvnitř Vašeho těla (např. kovové kloubní náhrady, chlopně, stenty, kardiostimulátory a jiné implantáty). Tyto sice neohrožují při vyšetření Vaše zdraví nebo život, mohou však ztížit jeho provedení, vyhodnocení nálezu rentgenologem nebo vést k poranění.

I dospělý pacient musí mít s sebou doprovod. U dětí do 15 let a zdravotně hendikepovaných nemocných je nutný doprovod dospělé osoby, která je doprovodí na pracoviště a postará se o ně po vyšetření. Doprovod dítěte musí zajišťovat osoba, která je ochotna a schopna s dítětem setrvat ve vyšetřovně. Nesmí proto být těhotná. Nesmíte řídit motorové vozidlo.

Před vylučovací urografii u Vás musí být provedena příprava podáním léků. Jde o léky podávané jako prevence alergické reakce (obvykle 2 tablety Dithiadenu), které požijete ústy 2 hodiny před vyšetřením. Tímto lékem Vás vybaví indikující lékař a poučí Vás o způsobu jeho použití. Dále Vám bude indikujícím lékařem předepsáno projímadlo, které požijete dle návodu den před vyšetřením. Postup je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál rentgenového pracoviště! V některých případech o změně této přípravy (využití klysmatu namísto projímadla) rozhodne indikující lékař, nebo specialista podle daného medicínského problému. Před vyšetřením je nutno od podání projímadla lačnit, tekutiny je možné přijímat v omezeném množství a nekouřit. Vaše obvyklé léky můžete užívat, u diabetiků je však nutné se o postupu předem poradit s lékařem a požádat o vyšetření brzy po ránu!

Pokud jste si vědom/a, že jste tuto dobu nedodržel/a, nebojte se upozornit včas personál rentgenového pracoviště, aby nedošlo k ohrožení průběhu a výsledku vyšetření.

4 Postup při výkonu

Při vylučovací urografii se podává do žíly jodová kontrastní látka a v přesných časových intervalech se zjišťuje stav jejího vylučování ledvinami a její průchod vývodnými močovými cestami do močového měchýře.

K vyšetření jste většinou objednan/a na přesně stanovený čas, na rentgenové pracoviště se prosím dostavte přibližně 15 minut před stanovenou dobou. Tento čas je však pouze orientační, neboť vyšetřovací plán nemůže předem počítat s akutními vyšetřeními. Svůj odjezd proto neplánujte s předpokladem dodržení všech předem avizovaných časů.

O průběhu vlastního vyšetření budete podrobně informován indikujícím lékařem, orientačně pak ještě personálem rentgenového pracoviště bezprostředně před vyšetřením. Vlastní vyšetření většinou netrvá déle než 40 minut, v ojedinělých případech se však může protáhnout až na 6 hodin.

Během vyšetření Vám bude většinou zavedena do některé žíly plastová kanyla sloužící pro podání jodové kontrastní látky. Z Vašeho podpisu na tomto dokumentu automaticky vyplývá souhlas k jejímu zavedení. Po výkonu většinou personál rentgenového pracoviště kanylu vyjme a ve spolupráci s Vámi zastaví krvácení z vpichu. Zvláště v případech podání léků snižujících srážlivost krve věnujte následně vpichu zvýšenou pozornost a vyčkejte delší dobu v klidu před pracovištěm. Vpich můžete sprchovat nebo máčet nejdříve za 24 hodin.

5 Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Metoda využívá k vyšetření rentgenového záření. Dávka záření při vylučovací urografii výrazně převyšuje dávku běžného rentgenového snímku téže oblasti těla. Na druhé straně diagnostický přínos vylučovací urografie většinou mnohonásobně převyšuje výtěžnost běžného snímku. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. V případě těhotenství vyšetřované osoby může dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj.

K určitým komplikacím by mohlo dojít při nápichu žilní kanyly, pokud je Vám pravidelně podáván lék snižující srážlivost krve. Víte-li o této skutečnosti, informujte personál rentgenového pracoviště (jedná se však především o povinnost indikujícího lékaře).

Jodovou kontrastní látku nesmíme podat, pokud trpíte alergií na jod, akutním zánětem ledvin (glomerulonefritis), onemocněním štítné žlázy (hypertyreóza) či myelomem. Rizikem podání kontrastní látky je i alergie na léky, potraviny, senná rýma či astma a akutně probíhající infekční onemocnění. Podání jodové kontrastní látky může vést ke zhoršení nemoci u pacientů se srdečním selháváním a u pacientů se sníženou funkcí ledvin může dojít k dalšímu zhoršení ledvinných funkcí.

Výše uvedené skutečnosti hlase již lékaři indikujícímu vyšetření, pokud pak bude vyšetření prováděno tak i personálu rentgenového pracoviště.

Naprostο mimořádně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou vyrážku, mohou se však objevit i dechové potíže či otoky. Vyskytnou-li se u Vás takovéto potíže, neváhejte vyhledat ošetření na nejbližším zdravotnickém pracovišti.

6 Chování po výkonu, možná omezení

Rentgenové pracoviště můžete po vyšetření opustit teprve se souhlasem personálu, který vyšetření provedl. Okamžitě informujte personál rentgenového pracoviště o jakýchkoli neobvyklých pocitech spojených s vyšetřením, o krvácení z vpichu a jiných neobvyklých projevech týkajících se Vašeho těla. Neváhejte se vrátit do zdravotnického zařízení, kde Vám byla vylučovací urografie provedena, nebo vyhledat jiné zdravotnické zařízení v případě pozdních neobvyklých projevů. V některých velmi vzácných případech se doba čekání před pracovištěm po vyšetření může prodloužit až na několik hodin, nebo můžete být hospitalizován(a).

Výsledek vyšetření bude u ambulantních pacientů zaslán poštou indikujícímu lékaři do 3 pracovních dnů od provedení vyšetření. Vyhodnocení nálezu je poměrně složitým úkonem, nevyžadujte proto sdělení výsledku ihned po vyšetření. Výjimkou jsou naléhavé stavy, o kterých rozhodne dohoda indikujícího lékaře a vyšetřujícího rentgenologa.

Po vyšetření je nutný příjem většího množství tekutin (až 3 litry během dne), aby se kontrastní látka podaná při vyšetření rychleji vyloučila ledvinami z těla.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

7 Informace od pacienta

Prosíme o zodpovězení následujících otázek:

- a) Jste na něco alergický? *) (Léky, pyly, trpíte astmatem, apod.)
- b) Popište průběh alergické reakce*) (nauzea, kopřivka, zarudnutí kůže, dýchací potíže, bezvědomí)
- c) Byla Vám někdy aplikována kontrastní látka? *) (Udejte, při jakém vyšetření)

8 PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

- ✓ By/la jsem seznámen/a s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).
- ✓ Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).
- ✓ Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.
- ✓ Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.
- ✓ Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.
- ✓ Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.
- ✓ Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).
- ✓ Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)
- ✓ Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života mého (mého dítěte).

9 Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze krve).

- ✓ V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

10 Poučení a prohlášení

10.1 Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům)

(vyplní lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení)

- Pacient s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotním výkonem) souhlasí/nesouhlasí (nehodící se škrtněte).
- Názor pacienta nebyl zjištěn, neboť údaje uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotním výkonem) týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) nebyly tomuto pacientovi poskytnuty z důvodu (např. nízký věk pacienta/ky):

.....

.....

.....

10.2 Souhlas pacienta

Byl jsem poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že lékař, který mně poskytl poučení, vše mi osobně vysvětlil, porozuměl(a) jsem sdělenému, měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mně bylo řádně odpovězeno. Svým podpisem projevuji výslovný souhlas s provedením zákroku.

Lékař/ka provádějící poučení: _____ Podpis: _____

Pacient/ka*): _____ Podpis: _____

Zákonný zástupce*): _____ Podpis: _____

V Rokycanech dne: _____ hod.: _____

10.3 Pacient/ka není schopen/a podpisu.

Svůj souhlas vyjádřil(a)*):

Způsob projevu vůle:

- kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

.....
Jméno, příjmení a podpis svědka

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře

10.4 Pacient odmítl podepsat souhlas

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl souhlas podepsat.

Lékař/ka provádějící poučení: _____ Podpis: _____

Svědék: _____ Podpis: _____

Poznámka:

*nehodící se škrtněte