



## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Žádanka číslo:

### Vyšetření s podáním kontrastní látky intravenózně

#### Souhlas s RTG vyšetřením

Příjmení, jméno:.....

Rodné číslo:.....

Zákonný zástupce (u nezletilých a nesvéprávných klientů):.....

**Laický popis výkonu:** Podání jodové kontrastní látky do žíly a následně rtg vyšetření (vylučovací urografie, CT, vyšetření cévního řečiště).

**Alternativní postup:** neexistuje

**Průběh výkonu:** Po desinfekci místa vpichu je provedena punkce žíly a následně aplikována kontrastní látka potřebná pro zobrazení vyšetřovaných struktur při rtg či CT vyšetřeních.

**Kontraindikace/závažné skutečnosti (prosíme, vyznačte):**

Alergie na kontrastní látku  ano  ne

Diabetes mellitus (inzulin, PAD, dieta)  ano  ne

Diabetes mellitus – léčba metforminem  ano  ne

Hyperthyreoza (zvýšená funkce štítné žlázy)  ano  ne

Předchozí vyšetření s kontrastní látkou, kdy?  ano  ne

Mnohočetný myelom  ano  ne

Asthma bronchiale  ano  ne

**Možné komplikace:** Alergická reakce různého stupně (nevolnost, vyrážka, bušení srdce, pachuť v ústech, pocit tepla v oblasti podbříšku). Mohou nastat i vážnější komplikace (dušnost, otok v krku). Proti všem výše uvedeným, zvláště těžkým reakcím je zajištěn okamžitý léčebný postup k jejich zvládnutí.

Únik kontrastní látky mimo žílu v důsledku prasknutí žíly během aplikace. Bývá doprovázeno zduřením, otokem, lokální bolestivostí. Kontrast se vstřebává beze zbytku, může zanechat hematom. Léčba je lokální pomocí, komprese, obkladů a chlazení. Kvalitu žil neovlivníme, závisí na stavu cévní stěny.

**Příprava:** Nejméně 3 hodiny před vyšetřením **NEJÍST**. Pít pouze omezeně.

**Souhlas s výkonem:**

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a a srozumitelně informován/a o výše uvedeném výkonu, jeho možných rizicích, komplikacích, následcích a mohl/a jsem klást doplňující otázky.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení zákroků nutných k záchraně života, souhlasím s jejich provedením.

**Pacient nesmí být alergický na jód!****Souhlas s RTG vyšetřením:**

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a a srozumitelně informován/a o rizicích ionizujícího záření a souhlasím s RTG vyšetřením

**Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že poučení jsem porozuměl/a a s výkonem souhlasím.**

.....

Podpis pacienta / zákonného zástupce:

Datum:

.....

Podpis zdravotnického pracovníka provádějícího poučení (včetně razítka pracoviště):

Datum: