

## Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby: NITROŽILNÍ PODÁNÍ JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

Pacient/ka: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ ZP: \_\_\_\_\_  
*jméno, příjmení, titul*

### Zákonný zástupce, opatrovník:

Jméno, příjmení, titul: \_\_\_\_\_ Narozen/a: \_\_\_\_\_

Informující lékař: MUDr. \_\_\_\_\_  
*jméno a příjmení*

### Účel, povaha, předpokládaný přínos tohoto výkonu:

Při některých speciálních rentgenových vyšetřeních a při většině CT vyšetření je třeba do krevního oběhu podat roztok jodové kontrastní látky. Tato látka způsobí přechodně rozdílnou průchodnost rentgenového záření tělesnými tkáněmi a umožní zobrazení důležitých podrobností. Kontrastní látka se dále vylučuje ledvinami a močovými cestami, což umožní dobré zobrazení těchto orgánů.

### Předpokládané důsledky, následky a možná rizika výkonu:

I při zcela správném provedení celého výkonu může dojít následkem tohoto vyšetření k mírnějším nebo i vážným komplikacím.

Konkrétní riziko závisí především na individuální vnímavosti pacienta, na jeho zdravotním stavu a na typu použité kontrastní látky.

- Menší *krvácení ze žíly* nebo podání kontrastní látky pod kůži mimo žílu není nebezpečné a obvykle nevyžaduje zvláštní léčbu, i když může být někdy bolestivé a může dočasně zanechat modřinu.
- Během podání kontrastní látky do žíly nebo i později bývají poměrně často pocíťovány nepříjemné *pocity tepla nebo návalu*. Tyto pocity jsou bez problémů snesitelné, nejsou nebezpečné a nejde o komplikace.
- Někdy se po podání kontrastní látky do krevního oběhu může projevit *alergická reakce na kontrastní látku*. Reakce může mít různé projevy a různou závažnost – mírná nevolnost, zvracení, kopřivka či jiné kožní projevy, křeče, náhlá dušnost, prudký pokles krevního tlaku, těžké reakce se ztrátou vědomí. Stav může být až život ohrožující, takové těžké reakce jsou však vzácné. Lehké projevy jsou poměrně časté. Závažnost reakcí závisí též na použité kontrastní látce. V naší nemocnici používáme u všech pacientů velmi dobře snášené kontrastní látky, takže riziko závažných reakcí je výrazně sníženo. Bez podání kontrastní látky je u většiny CT vyšetření omezena jejich výpovědní hodnota, některé tělní struktury a jejich event. patologické změny nelze vůbec hodnotit. CT vyšetření s podáním kontrastní látky lze v některých případech nahradit vyšetřením magnetickou rezonancí.

### Předpokládaný postup zdravotního výkonu:

Roztok kontrastní látky aplikuje lékař do žíly. Látka se vstříkuje ručně, nebo speciálním mechanickým injektorem.

### Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Pokud je vyšetření prováděno ambulantně, neodcházejte po něm po dobu nejméně **30 minut** z radiodiagnostického oddělení. Pokud jste hospitalizováni na lůžkových odděleních nemocnice, budete odveden nebo odvezen nemocničním personálem. Při výskytu jakýchkoliv obtíží po provedeném vyšetření hlase tyto potíže okamžitě zdravotnickému personálu.

Vzhledem k tomu, že kontrastní látka se z těla vylučuje ledvinami, je potřeba dodržet v následujících 24 hodinách po vyšetření dostatečný pitný režim (1,5 – 2 litry tekutiny).

### Prohlášení pacienta / pacientky:

**Byl/a jsem poučen** o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen** o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. **Prohlašuji, že podaným informacím rozumím**, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Současně **vyslovuji souhlas** s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. **Beru na vědomí**, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin. **Podpis pacienta/pacientky:** \_\_\_\_\_

**Podpis zák. zástupce, opatrovníka:** \_\_\_\_\_

**Podpis informujícího lékaře:** \_\_\_\_\_

### V případě, že se pacient / pacientka nemůže podepsat:

**Prohlášení svědka**, který byl projevem souhlasu přítomen. Jméno, příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatice, a.s., uveďte také adresu a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient/ka přede mnou projevil/a, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech výše uvedených prohlášení.

Pacient/ka se nemůže podepsat z důvodu, že: \_\_\_\_\_

Pacient/ka projevil/a souhlas tak, že: \_\_\_\_\_

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin. \_\_\_\_\_

*podpis svědka*