

Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby: CEUS – ultrazvukové vyšetření s podáním 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:

CEUS vyšetření napomůže k posouzení povahy zjištěných ložisek jater, nebo jiných orgánů, např. ledvin. Toto vyšetření Vám doporučujeme proto, že se domníváme, že ve Vašem konkrétním případě má lepší diagnostický přínos než jiná dostupná metoda (CT vyšetření, MRI), nebo v případě, že CT vyšetření nebo MRI nemůžete podstoupit z jiného důvodu. Na rozdíl od vyšetření CT není CEUS vyšetření zatížené škodlivým zářením.

Předpokládané důsledky, následky a možná rizika výkonu:

Kontrastní látka podávaná při CEUS se vyznačuje *velmi nízkou frekvencí výskytu nežádoucích účinků*. Například možné alergické reakce jsou podstatně vzácnější, než reakce vyskytující se po podání kontrastní látky při CT vyšetření. Přesto Vás musíme upozornit na *možnost výskytu méně častých nežádoucích účinků*: bolest hlavy, snížená citlivost, závrať, nezvyklá pachů v ústech, zarudnutí, bolesti na hrudi, podráždění krku, pocit na zvracení, bolest břicha, svědění, kožní vyrážka, bolest zad, pocit horka, bolest v místě vpichu zavedené kanyly, zvýšená hladina cukru v krvi.

Předpokládaný postup zdravotního výkonu:

Před výkonem Vám zavedeme kanylu k zajištění žilního přístupu, nejlépe na předloktí. Následně provedeme ultrazvukové vyšetření, během kterého dostanete přes zavedenou kanylu kontrastní látku. Jedná se o přípravek SonoVue, firmy Bracco, která obsahuje velmi drobné bublinky naplněné plynem nazývaným fluorid sírový. Množství podávané kontrastní látky se pohybuje v rozmezí 2,5 až 5 ml. Celková doba vyšetření zpravidla nepřesáhne 15 minut. Výkon nevyžaduje hospitalizaci. Po provedeném výkonu doporučujeme Vaše sledování u nás na pracovišti ještě 30 minut. Následně pro Vás neplatí žádné omezení.

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

Po proběhlém vyšetření setrváte ještě 30 min v čekárně, během této doby se pravděpodobně dozvíte i výsledek provedeného vyšetření. Následně nejste omezen/a ve Vašem běžném režimu.

Kontraindikace:

CEUS vyšetření není možno provést, pokud jste alergický na fluorid sírový, makrogol 4000, kolfoscerylsteárat, sodnou sůl, dipalmitoylfosfatidylglycerol nebo kyselinu palmitovou. Jestliže víte, že máte pravolevý srdeční zkrat, závažnou plicní hypertenzi, neléčený vysoký krevní tlak, těžkou arytmií, stav po infarktu myokardu, nestabilní/klidová angina pectoris (bolesti na hrudi), syndrom dechové tísně, jestliže užíváte Dobutamin (lék závažného srdečního selhání).

Jste-li těhotná, po kontrastním ultrazvukovém vyšetření nesmíte 2-3 hodiny kojit. Po podání kontrastní látky není ovlivněna Vaše pozornost, schopnost řídit a používat stroje. U pacientů do 18ti let může být SonoVue podán jen pro vyšetření močových cest.

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 projevu 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