

## Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby: RTG vyšetření jícnu, žaludku, polykací akt

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:

Na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař provedení rentgenového vyšetření jícnu, žaludku nebo polykací akt. V těchto případech se jedná o výkon, umožňující zobrazení jícnu/žaludku na rentgenovém přístroji a hodnocení jejich stěn společně s dynamickým hodnocením pasáže polknutého sousta. Očekáváme, že toto vyšetření přinese informace k Vašemu dalšímu léčebnému postupu. Principem je sledování průchodu polknutého sousta kontrastní látky jícnem a využití kontrastní látky k nabarvení stěn žaludku tak, aby stěny byly hodnotitelné na rentgenovém přístroji. K vyšetření je zapotřebí žádanka vyplněná indikujícím lékařem a Váš písemný souhlas. U pacientek ve fertilním věku (15-50 let) je na žádance k vyšetření nutná informace o vyloučení gravidity s vlastním podpisem pacientky. Z vyšetření zhotovíme obrazovou RTG dokumentaci, která se ukládá v digitálním úložišti Nemocnice Prachatice a.s.. Obrazovou dokumentaci hodnotí lékař radiolog. Výslednou zprávu zasíláme lékaři indikující Vaše vyšetření ve stanovené lhůtě.

### Předpokládaný postup zdravotního výkonu:

Vyšetření se zpravidla zahajuje vstoje u rentgenového přístroje. Budete vyzván k postupnému polykání soust určené kontrastní látky. Během výkonu je pravděpodobné, že s Vámi budeme pomalu měnit náklon rentgenového přístroje až do polohy vleže, v některých případech i do mírného negativního záklonu. Samozřejmě máte k dispozici madla na přidržování, po celou dobu vyšetření Vás bude kontrolovat personál pracoviště.

### Předpokládané důsledky a následky výkonu, možná rizika spojená s tímto výkonem:

Vyšetření využívá ionizující záření rentgenového přístroje. Důvod provedení výkonu ve Vašem konkrétním případě Vám sdělil Váš ošetřující lékař, event. se informujte u lékaře radiologa před provedením vlastního vyšetření, aby vaše volba byla svobodná. Při výkonu mohou být podávány dva různé typy kontrastních látek, konkrétní typ kontrastní látky zvolí lékař radiolog na základě povahy Vašeho onemocnění. Prvním typem jsou látky na principu suspenze síranu barnatého, která se využívá pro své dobré mechanické vlastnosti. Z trávicího traktu se nevstřebává a je plně vyloučena stolicí. Dalším typem je jodová kontrastní látka, v případě tohoto výkonu bude také vyloučena stolicí. Možným rizikem výkonu je možnost vdechnutí podávané kontrastní látky do dýchacích cest. V případě, že máte potíže s koordinací polykání, informuje před výkonem lékař radiologa, který na tomto základě upřesní postup vyšetření a rozhodne typ podané kontrastní látky.

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

Po výkonu není potřeba dodržovat žádné preventivní opatření či režim, nebudete-li vyšetřujícím personálem upozorněn jinak.

**Kontraindikace vyšetření:**

Kontraindikace a rizika spojená s užitím jodové kontrastní látky naleznete v samostatném Informovaném souhlasu. Kontraindikace podání bariové kontrastní látky jsou při vyšetření prováděném při podezření na poranění stěn trávicího traktu (např. polknutí cizího tělesa, komplikace pooperačních stavů), dále známé poruchy koordinace polykání s rizikem vdechnutí polykaného sousta. V indikovaných případech, kdy lékař radiolog zváží diagnostický přínos požadovaného vyšetření oproti rizikům spojeným z ozáření, je možno vyšetření provést vždy. Relativní kontraindikací je těhotenství, kde může dojít k radiačnímu riziku pro plod zejména u vyšetření v rozsahu mezi bránicí a stydkými kostmi. Proto předem informujte svého ošetřujícího lékaře i personál o vašem případném těhotenství.

**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 projevila/a, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

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

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

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

*podpis svědka*