

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s rentgenovým vyšetřením zažívacího (gastrointestinálního – GIT) traktu

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Výška:	Váha:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu**Rentgenové vyšetření zažívacího (gastrointestinálního – GIT) traktu****Účel výkonu**

Jedná se o specializované rentgenové vyšetření pomocí kontrastní látky, které má ozřejmit případné onemocnění Vašeho trávicího ústrojí.

Povaha výkonu

Před vyšetřením je nezbytné!

- 6 hodin před vyšetřením nejíst, nepít, nekouřit, nežvýkat
- při vyšetření tlustého střeva použít vyprazdňovací roztok (jeho použití Vám vysvětlí lékař, který Vás k tomuto vyšetření doporučil), případně očistný nálev tlustého střeva
- u specializovaných vyšetření může být vyžadována příprava, jejíž rozsah a provedení Vám vysvětlí lékař doporučující Vás na toto vyšetření.

Vlastní výkon:

Vyšetření se provádí na tzv. sklopné stěně, umožňující polohováním pacienta do polohy, umožňující optimálním způsobem zobrazit požadovaný orgán.

Horní trávicí trakt vyšetřujeme buď postupným vypitím baryové suspenze nebo vodné jódové kontrastní látky. Při vyšetření tlustého střeva pak používáme kontrastního baryového nálevu, obvykle v kombinaci s aplikací vzduchu.

Při specializovaných vyšetřeních používáme jemné zaváděcí sondy, popřípadě drény.

Během nebo po podání kontrastní látky provede vyšetřující lékař znázornění vyšetřovaného orgánu v potřebných projekcích.

V některých případech se během vyšetření podávají nitrožilně léky snižující napětí zažívacího traktu.

Po vyšetření je nezbytné!

- v případě vyšetření tlustého a v některých případech i tenkého střeva se dostatečně vyprázdnit na WC.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Získání informací o stavu zažívací trubice, které je rozhodující pro eventuální zahájení léčby.

Alternativa výkonu

Endoskopické vyšetření, ve vhodných případech diagnostický ultrazvuk, CT nebo MR.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Komplikace vyšetření přicházejí zřídka. S rozvojem nových technologií, vedoucích ke zdokonalení nástrojů i kontrastních látek, došlo k jejich dalšímu výraznému snížení. Nejčastější možné komplikace jsou:

- při vyšetření baryovou suspenzí nejsou komplikace časté, může se objevit nevolnost, nadýmání, zvracení, průjem nebo zácpa.
- alergická reakce na kontrastní látku – tyto reakce jsou vzácné, nejčastěji jsou lehké (např. nevolnost, kopřivka, dušnost, otoky), zcela výjimečně může dojít k těžké reakci až ohrožení života.

K vyšetření, které podstupujete, je nutné použít rentgenové záření. Vaše RTG vyšetření je však nezbytné. Riziko spojené s využitím rentgenového záření je mnohem menší než riziko důsledků spojených s neprovedením vyšetření. Technické podmínky každého RTG vyšetření jsou nastaveny tak, aby Vaše ozáření bylo co nejmenší.

Následky výkonu

Pokud nedojde k závažné reakci na kontrastní látku, pak bez možných následků.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

Pozn. Vaši odpověď zakroužkujte

1. Měl(a) jste alergickou reakci po předchozím podání jodové kontrastní látky intravenózně?	ANO	NE
2. Léčíte se na astma bronchiale?	ANO	NE
3. Jste těhotná?	ANO	NE
4. Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku?	ANO	NE
5. Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke zvýšené srážlivosti krve?	ANO	NE

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti SZŠ, VOŠ, studenti LF UP apod.) prováděly lékařskou a ošetrovatelskou péči v rámci výuky v souladu s vnitřními předpisy FNOL.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby výše uvedené osoby mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost	ANO	NE
- že souhlasím s využitím výsledků mých vyšetření v rámci běžných diagnostických a léčebných postupů k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány <u>pouze v anonymní formě</u> .	ANO	NE

Jako zákonný zástupce (opatrovník) chci být přítomen RTG vyšetření přímo ve vyšetřovně. Beru na vědomí, že se při vyšetření používá RTG záření. Bude mi k podpisu předložen Informovaný souhlas s nelékařským ozářením.	ANO	NE
---	-----	----

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba (osoby):			ANO	NE
Jméno a příjmení:	adresa:	Tel.:		
Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla(y) právo:				
a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace			ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace			ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci	Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci

Jméno a příjmení lékaře, provádějícího výkon	Podpis lékaře, provádějícího výkon	Datum	Hodina

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevili svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina