

Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) dětského pacienta s rentgenovým vyšetřením močového ústrojí pomocí kontrastní látky

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

Vážení rodiče,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevili Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohli svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek Vašemu dítěti provedeme vyšetření močového ústrojí.

Název výkonu

Rentgenové vyšetření močového ústrojí pomocí kontrastní látky
- vylučovací urografie – IVU (vyšetření ledvin),
- mikční cystografie (vyšetření močového měchýře),
- pooperační vyšetření (nástřík cévky zavedené do ledviny)

Účel výkonu

Vyšetření Vašeho dítěte má ozřejmit onemocnění ledvin a močového měchýře před další léčbou.

Povaha výkonu

1. Vylučovací urografie:

Příprava na vyšetření: dítě nesmí jíst 4 hodiny před začátkem vyšetření, pít čiré tekutiny může.

Při vyšetření dítě musí ležet v klidu (malé děti ve fixačním zařízení), do žíly je aplikována vodná jodová kontrastní látka, v určitých intervalech jsou zhotovovány rtg snímky. Pokud je třeba, je ještě podán fyziologický roztok do žíly a Furosemid.

2. Mikční cystografie:

Dítěti se vleže na vyšetřovacím stole (případně ve fixačním zařízení) zavede cévka do močového měchýře, ten se naplní vodnou jodovou kontrastní látkou, zhotoví se rtg snímky, cévka se vytáhne a provádí se další snímek při močení dítěte.

U malých dětí je nutné zklidnění, které provádí ošetřující lékař. Jíst a pít dítě může.

3. Pooperační vyšetření cévkou zavedenou do ledviny – nefrostomií:

Cévka se naplní vodnou jodovou kontrastní látkou a pod rtg kontrolou se provádí rtg snímky. Bez předchozí přípravy.

Po aplikaci kontrastní látky do žíly je nezbytné setrvat 30 minut v čekárně rtg pracoviště. Na jakékoliv potíže dítěte po vyšetření je nutné okamžitě upozornit radiologického asistenta a lékaře!

Při užívání perorálních antidiabetik obsahujících METFORMIN vysadit tyto léky 48 hodin před vyšetřením a začít je opět užívat 48 hodin po vyšetření

Předpokládaný prospěch výkonu

Získání informací o ledvinách a vývodném močovém systému.

Alternativa výkonu

Vyšetření nukleárně medicínská, ultrasonografie, CT, MR, urografie.

Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace přicházejí zřídka, nejčastější jsou příznaky alergie (kopřivka, otoky, dušnost atd.). 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. Mělo vaše dítě alergickou reakci po předchozím podání jodové kontrastní látky intravenózně?	ANO	NE
2. Léčí se na astma bronchiale?	ANO	NE
3. Atopický ekzém?	ANO	NE
4. Má závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku?	ANO	NE
5. Pokud se léčíte s cukrovkou, berete perorální preparáty s METFORMINEM?	ANO	NE
6. Vysadil(a) jste preparáty s METFORMINEM 48 hodin před tímto vyšetřením?	ANO	NE
7. Má 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 u dítěte, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve FN 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 dítěte, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u dítěte, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), 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 dítěte, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu dítěte, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) dítěte, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) 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 zdravotnické dokumentace dítěte, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby externí zdravotničtí auditoři mohli nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) v souvislosti s jejich kontrolní činností. O všech skutečnostech jsou povinni zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE

Přeji si, aby o zdravotním stavu dítěte, jejímž jsem zákonným zástupcem, byl(y) informován(y) jiná(é) osoba (osoby):		ANO	NE
Jméno a příjmení:	adresa:	Tel.:	
Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla(y) právo:			
a) nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem)		ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie ze zdravotnické dokumentace* dítěte, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem)		ANO	NE

*Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením (§ 67bb odst. 4 písm. b) zák. č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu.

Datum	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo 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