

## Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) dětského pacienta s rentgenovým vyšetřením zažívacího (gastrointestinálního - GIT) traktu

Jméno a příjmení dítěte:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
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 provedeme Vašemu dítěti vyšetření zažívacího traktu.

### Název výkonu

**Rentgenové vyšetření zažívacího (gastrointestinálního - GIT) traktu pomocí kontrastní látky – polykací akt (vyšetření jícnu), pasáž GIT, enteroklyza (vyšetření tenkého střeva), irrigografie (vyšetření tlustého střeva), pooperační vyšetření (nástrík sondy zavedené GIT)**

### Účel výkonu

Vyšetření které má ozřejmit onemocnění trávicího ústrojí před další léčbou.

### Povaha výkonu

#### Vlastní výkon:

Všechna vyšetření se provádí na tzv. sklopné stěně, umožňující polohování pacienta do polohy, při které se optimálním způsobem zobrazí požadovaný orgán. Při vyšetření dítě musí ležet nebo stát v klidu (malé děti fixujeme ve speciálním fixačním zařízení).

#### 1. Polykací akt, pasáž GIT:

Příprava na vyšetření: dítě musí být nalačno, před vyšetřením nesmí jíst ani pít.

Během postupného pití baryové suspenze nebo vodné jódové kontrastní látky vyšetřující lékař provede znázornění vyšetřovaného orgánu v potřebných projekcích.

#### 2. Enteroklyza:

Příprava na vyšetření: dítě musí být řádně vyprázdněno (rozsah přípravy vysvětlí ošetřující lékař), nalačno, před vyšetřením nesmí jíst ani pít.

Pacientovi je zavedena jemná sonda dutinou nosní nebo ústy do tenkého střeva, které postupně plníme malým množstvím baryové suspenze, poté přidáváme větší množství vodného roztoku. Vyšetřující lékař provede znázornění orgánu v potřebných projekcích.

#### 3. Irrigografie:

Příprava na vyšetření: dítě musí být řádně vyprázdněno nebo vyprazdňováno očistným nálevem tlustého střeva, nalačno, před vyšetřením nesmí jíst ani pít.

Pacientovi je zavedena do konečníku cévka, přes kterou vyšetřující lékař plní tlusté střevo baryovou suspenzí nebo vodnou kontrastní látkou, je-li potřeba, používá i vzduchovou náplň. Tlusté střevo je znázorněno na rtg snímcích v potřebných polohách.

#### 4. Pooperační vyšetření cévkou nebo sondou zavedenou do GIT :

Cévka nebo sonda se naplní baryovou suspenzí nebo vodnou kontrastní látkou a provádí se rtg snímky v potřebných polohách.

Po vyšetření tlustého a v některých případech i tenkého střeva je nezbytné, aby se dítě dostatečně vyprázdnilo na WC.

**Na jakékoliv potíže po vyšetření je nutné okamžitě upozornit radiologického asistenta a 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. 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. 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 seznámen(a) se zdravotním stavem dítěte, jejímž jsem zákonným zástupcem a možném vývoji jeho onemocnění v případě, kdy bude výkon úspěšně proveden, a v případě, kdy ho nepodstoupí.	ANO	NE
Byl jsem poučen o možnostech vyšetření a léčby i důvodech, které vedou k výše uvedenému výkonu.	ANO	NE
Provedení výkonu mi bylo vysvětleno srozumitelně, včetně předpokládaného prospěchu pro zdravotní stav dítěte a všech rizik či komplikací, které mohou nastat při něm nebo v následném období.	ANO	NE
Byl jsem poučen o následném léčebném režimu a možných omezeních v obvyklém způsobu života, včetně případné změny zdravotní způsobilosti dítěte. Všem těmto informacím jsem porozuměl.	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
Poučení a informacím/údajům jsem plně porozuměl(a) a <b>souhlasím</b> s navrhovanou zdravotní péčí o dítě, jejímž jsem zákonným zástupcem.	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, jejímž jsem zákonným zástupcem, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu dítěte, jejímž jsem zákonným zástupcem, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE

- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) dítěte, jejímž jsem zákonným zástupcem, 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, jíž 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, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) v souvislosti s jejich kontrolní činností. O všech skutečnostech jsou povinni zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE

<b>Přeji si, aby o zdravotním stavu dítěte, jejímž jsem zákonným zástupcem, byl(y) informován(y) jiná(é) osoba (osoby):</b>		ANO	NE
Jméno a příjmení:	adresa:	Tel.:	
<b>Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo:</b>			
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	<b>Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka</b>

<b>Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci</b>	<b>Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci</b>

<b>Jméno a příjmení lékaře, provádějícího výkon</b>	<b>Podpis lékaře, provádějícího výkon</b>	Datum	Hodina