

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

Intravenózní vylučovací urografie – IVU

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní, vážený pane,
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována intravenózní vylučovací urografie – IVU.

Co je to intravenózní vylučovací urografie:

Vylučovací urografie je funkční rentgenové vyšetření ledvin, močodů a močového měchýře s podáním kontrastní látky a jejich zobrazení pomocí rentgenu. Vylučovací se nazývá proto, že s pomocí tzv. kontrastní látky je možno na výsledných rentgenových snímcích posoudit vylučování moči z ledvin cestou močové trubice do močového měchýře.

Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

IVU se provádí při podezření na onemocnění ledvin, močodů a močového měchýře např. při ledvinné kolice, při přítomnosti krve v moči nebo při opakovaných infekcích horních cest močových. Toto vyšetření může zobrazit přítomnost ledvinového kamene, a to i takového, který se nezobrazí na prostém rentgenovém snímku, popřípadě může ukázat přítomnost jiné překážky v močových cestách a jiná patologická ložiska či změny. Dále se provádí před urologickými operacemi, nebo jako kontrolní vyšetření po urologických operacích.

Alternativy vyšetření:

Alternativním vyšetřením je počítačová tomografie (CT), vyšetření magnetickou rezonancí (MR), ultrazvuk či vyšetření pomocí radioizotopů na oddělení nukleární medicíny.

Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

Pacient by neměl tři dny před vyšetřením jíst nadýmavou a dráždivou stravu (zelenina, ovoce, kynuté pečivo, koření), naopak vhodnou stravou jsou lehká jídla (čaj, rohlík, šunka, libové maso, rýže, bramborová kaše apod.). V den vyšetření pacient nesnídá – vezme si pouze léky, které pravidelně užívá. Naopak velmi důležité je před vyšetřením dodržovat pitný režim, neomezovat příjem tekutin (alespoň 2 litry tekutin denně). Vzhledem k tomu, že kontrastní látka může způsobit alergickou reakci, je nutná před výkonem premedikace a to podáním 2 tablet Dithiadenu. Dithiaden patří mezi tlumící léky, z tohoto důvodu nelze řídit po jeho aplikaci motorová vozidla (zajišťuje Váš odesílající event. ošetřující lékař). Vyšetření se provádí nalačno! Pacient nesmí minimálně 4 hodiny před výkonem pít, jíst a kouřit. Těsně před výkonem se pacient vymočí.

Pacient si odloží osobní věci a oděv v kabině a přejde do vyšetřovací místnosti, kde mu je zavedena kanyla a podány potřebné medikamenty. Jaký je postup při provádění vyšetření:

Poté proběhne vlastní vyšetření, kdy pacient leží na zádech. Nejdříve se provede snímek bez aplikace kontrastní látky. Poté je pacientovi aplikována kontrastní látka a v určitých časových odstupech se provádějí další rentgenologické snímky. Jejich počet vždy určuje lékař v souvislosti s průběhem vyšetření.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý výkon i tento je spojen s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

Možné vedlejší účinky při podání kontrastní látky:

- Pocit sucha v ústech, pocit tepla, tlak v okolí močového měchýře, zvýšený tlak krve do hlavy – většinou po krátkém časovém intervalu odezní.
- Možné projevy alergické reakce po podání KL:
 - ✓ Lehké (častější): nevolnost, zvýšená sekrece hlenu v dýchacích cestách, skvrny na kůži.
 - ✓ Střední (méně časté): bušení srdce, bolest na hrudi, pokles krevního tlaku, zvracení, dýchací potíže, otoky.
 - ✓ Těžké (vzácné): kardiovaskulární selhání, šok, smrt.
- Možné komplikace punkce žíly: ruptura (prasknutí) žíly spojená s krevním výronem, únik kontrastní látky mimo žílu, zánět žíly či okolí místa vpichu.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k dalšímu výkonu, operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení vyšetření:

Vzhledem k možnosti pozdní alergické reakce čeká pacient po skončení vyšetření 20 minut v čekárně, po tuto dobu je mu ponechána zavedená kanyla. Pokud nejsou patrné známky nevolnosti či alergie, je po uplynutí této doby pacientovi kanyla odstraněna a odchází domů, vždy s doprovodem a poučen v případě aplikace Dithiadenu a zákazu řízení motorového vozidla. Po vyšetření je pacient poučen o zvýšeném příjmu tekutin k vyloučení kontrastní látky co nejdříve z organismu. U hospitalizovaných pacientů je po vyšetření pacient odvezen na oddělení, kde kontrolu nad jeho zdravotním stavem zajišťuje lékař. Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch vyšetření:

Vyloučení nebo prokázání překážky způsobující odtok moči, či jiného poškození systému.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého vyšetření, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s vyšetřením. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO NE

Doplňující údaje lékaře: (nutno doplnit nebo proškrtnout)

.....
.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského vyšetření uvedeného výše.

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění vyšetření může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného vyšetření nebo provedení dalšího nutného vyšetření či výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že s uvedeným vyšetřením souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta, (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu vyšetření pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný.

Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto vyšetření a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:..... **Podpis:**.....

Důležité dotazy k prevenci vzniku komplikací: správnou odpověď ZAKROUŽKUJTE

1. Jste těhotná? ANO - NE
2. Je či není pravděpodobné, že byste mohla být těhotná? ANO - NE
3. Uveďte datum poslední menstruace
4. Máte alergii? ANO - NE
V případě kladné odpovědi udejte, na co jste alergický (á) (léky, **kontrastní látky, jod**, jiné):
.....
.....
5. Trpíte onemocněním astma bronchiále? ANO - NE
6. Máte diabetes mellitus? ANO - NE
7. Prodělal (a) jste onemocnění ledvin? ANO - NE
V případě kladné odpovědi udejte jaké?
8. Prodělal (a) jste onemocnění štítné žlázy? ANO - NE
V případě kladné odpovědi udejte jaké?