

Oblastní Nemocnice Trutnov a.s.
Radiodiagnostické oddělení
Pracoviště magnetické rezonance

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane.

Na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

INFORMACE O PACIENTOVI:

Pacient: Jméno, příjmení, datum narození _____

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

ARTROGRAFIE

ÚČEL, POVAHA, PŘEDPOKLÁDANÝ PŘÍNOS, NÁSLEDKY A MOŽNÁ RIZIKA PLÁNOVANÉHO ZDRAVOTNÍHO VÝKONU:

Účelem je získání dokonalejšího zobrazení a detekce některých chorobných stavů, které je obtížné nativně - tedy bez aplikace směsi kontrastní látky do kloubní dutiny diagnostikovat. Rizikem může být infekce místa vpichu a případně kloubu. Na pracovišti magnetické rezonance dodržíme aseptické podmínky aplikace kontrastní látky.

ALTERNATIVA PLÁNOVANÉHO VÝKONU, MOŽNOST ZVOLIT SI JEDNU Z ALTERNATIV:

Artroskopie, počítačová tomografie (CT), ultrazvuk (UZ) příslušného kloubu bez aplikace kontrastní látky (týká se pouze některých patologických nálezů). Možnost použít alternativní cesty ke stanovení diagnózy (roz-poznání, rozlišení, vyšetření) je vysoce individuální a závisí na lékaři, který Vás na vyšetření odesílá.

MOŽNÉ OMEZENÍ V DŮSLEDKU VÝKONU:

Mírná bolestivost do doby vstřebání aplikované směsi kontrastní látky, která je individuální. Neomezuje pacienta v běžném životě.
Bezprostředně po výkonu nedoporučujeme řídit motorové vozidlo

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen o uvedeném výkonu a měl/a jsem možnost se svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují a podání informace se nevzdávám. Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a, nemám doplňující dotazy. Vše mi bylo vysvětleno a měl/a jsem možnost se lékaře zeptat.

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž předem sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor(vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu(vyplní lékař).

Ve Trutnově dne..... hodina.....

_____ Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

_____ Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

_____ Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.