Oblastní nemocnice Trutnov a.s.
Radiodiagnostické oddělení
Maxima Gorkého 77, Kryblice, 541 01 Trutnov

POUČENÍ PACIENTA A JEHO SOUHLAS S PODÁNÍM JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

Dotazník s podáním jodové kontrastní látky je s Vámi povinen vyplnit lékař, který Vám vyšetření indikuje. Bez vyplněného dotazníku NELZE vyšetření provést!

Osobní údaje pacienta

Jméno a příjmení pacienta: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Rodné číslo: ..... Váha (kg): .....

Adresa: ..... Telefon: .....

Zákonný zástupce: .....

..... (jméno a příjmení, datum narození, příbuzenský vztah)

Zdravotní údaje

Diagnóza (slovy): ..... Číselný kód diagnózy: .....

Anamnéza (alergie, onemocnění ledvin a stav ledvinných funkcí, léčba štítné žlázy: .....

.....

Aktuální hodnota kreatininu: ..... µmol/l

Plánovaný výkon

Laická terminologie: podání kontrastní látky do krevního oběhu (žílou, popř. tepnou) nebo do tělní dutiny.

Lékařská terminologie: aplikace kontrastní látky intravenózně, popř. intraarteriálně nebo intrakavitálně.

Kontrastní látkou (KL) nazýváme na Radiodiagnostickém oddělení diagnostickou látku obsahující jód, která je podávána pacientovi do žíly, tepny případně do tělní dutiny. Mluvíme také o vodné kontrastní látce. Podání KL je nutné k získání dostatečné informace z prováděného vyšetření. O její aplikaci rozhoduje vyšetřující radiolog podle typu plánovaného rentgenového vyšetření a jeho účelu.

Možné nežádoucí účinky a komplikace

KL může vyvolat alergickou reakci. Počet alergických reakcí na našem oddělení není ani jedno promile ročně. Většina alergických reakcí je velmi mírného stupně (např. zčervenání, pocit nevolnosti apod.), výjimečně vyvolá podání kontrastní látky závažnější komplikace (výrazné zvýšení či snížení krevního tlaku, zvracení, bolesti břicha) a naprosto výjimečně může být alergická reakce tak silná, že vede i k ohrožení životně důležitých funkcí a nutnosti následné akutní léčby.

Ke snížení rizika vzniku alergické reakce mohou být předem podány léky.

Vyjádření souhlasu s vyšetřovacím postupem

Prohlašuji, že beru na vědomí, že po podání KL je nebezpečí vzniku alergických reakcí, že po podání léků na zklidnění a snížení pravděpodobnosti alergické reakce mohu být spavý/á a že je mi známo, že tyto léky ovlivňují schopnost řízení motorového vozidla.

Svým podpisem na této straně potvrzujete (*zaškrtněte platné*):

- ☐ že jste četl/a poučení a souhlasíte s výše uvedeným prohlášením;
- ☐ že výše uvedené vyšetření Vám bylo srozumitelně vysvětleno a dostal/a jste všechny informace, které jste požadoval/a;
- ☐ že dáváte oprávnění a souhlas k vykonání výše uvedeného vyšetřovacího výkonu nyní i do budoucna, dokud souhlas písemně nezrušíte;
- ☐ že dáváte souhlas k případným nutným následným vedlejším zásahům, které se ukáží během tohoto výkonu nezbytnými či prospěšnými.

V Trutnově, datum a čas: .....

Podpis pacienta/zákonného zástupce: .....

Jméno (tiskacím/razítko) a podpis indikujícího lékaře: .....

Nemůže-li se pacient/ka podepsat:

Jména (tiskacím/razítko), podpisy svědků: .....

.....

Zdůvodnění: .....

Vyjádření nesouhlasu s vyšetřovacím postupem

Nesouhlasím s navrženým vyšetřovacím postupem.

V Trutnově, datum a čas: .....

Podpis pacienta/zákonného zástupce: .....

Jméno (tiskacím/razítko) a podpis indikujícího lékaře: .....