

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S APLIKACÍ KONTRASTNÍ LÁTKY BĚHEM DIAGNOSTICKÉHO VÝKONU COMPUTEROVÉ TOMOGRAFIE (CT) NEBO MAGNETICKÉ REZONANCE (MR)

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Část A - vyplní lékař klinického oddělení:

Prohlašuji, že jsem pacientce/pacientovi vysvětlil důvod indikace výše uvedeného vyšetření způsobem, který je podle mého soudu pro ni/něho srozumitelný, dále jsem pacientku/pacienta poučil o způsobu podání kontrastní látky a o důvodu proč se látka podává.

Pacient udává alergii na:

- jodové látky
- léky
- píchnutí hmyzem
- jiné:

Premedikace

- Dithiaden 1 tbl. podána večer a 1tbl. 1 hodinu před výkonem
- jiná

Závažná onemocnění:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ LÉKAŘE ODDĚLENÍ:

Podpis:

Datum:

Já, pacientka/pacient (zák. zástupce):

Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o důvodu indikace lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o způsobu podání kontrastní látky a důvodu, proč se látka podává. Dále mne informující lékař seznámil s možnými alternativami k výkonu/postupu i důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy byly zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl** a výslovně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu:**

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Datum:

Část B - vyplní lékař na CT nebo MR pracovišti:

Prohlašuji, že jsem pacientku/pacienta poučil o rizicích možných nežádoucích reakcí na kontrastní látku, zejména s možností alergické reakce, dušností, snížení krevního tlaku, zvýšení tlaku, bolesti na hrudi, kopřivky, křečových stavů.

Seznámil jsem ji/ho s technickým provedením výše uvedeného výkonu a s možnými riziky, zejména následujícími:

- podání kontrastní látky ústy
- podání kontrastní látky i.v.
- jiné:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ LÉKAŘE RDG oddělení:

Podpis:

Datum:

Já, pacientka/pacient (zákonný zástupce):

Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o technickém provedení výkonu a možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s možnými alternativami k výkonu/postupu i důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

s podáním tohoto typu kontrastní látky, o které jsem byl/a podrobně informován

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Datum: