

Vylučovací urografie - IVU

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas. a

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážený a milý paciente,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno vyšetření, tzv.vylučovací urografie. K zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Důvod vyšetření

Vyšetření je indikováno u pacientů s podezřením na onemocnění ledvin a močových cest, ledvinovou koliku, močové kameny. Dále se provádí v rámci předoperačního vyšetření u nádorových onemocnění malé pánve (onemocnění konečnicku, močového měchýře, dělohy, prostaty)

Příprava

Vyšetření je vždy prováděno nalačno, je doporučován dostatečný příjem tekutin.

Podstata, účel a povaha vyšetření

Vylučovací urografie je rentgenové vyšetření ledvin a močových cest s použitím ionizujícího záření a podáním jodové kontrastní látky nitrožilní cestou. Provádí se vleže na vyšetřovacím stole. Po přehledném rentgenovém snímku vyšetřované oblasti Vám bude plastickou kanylou zavedenou do žíly podána jodová kontrastní látka. Podání kontrastní látky může být doprovázeno pocitem tepla do krku, břicha a podbříšku. Poté jsou zhotoveny rentgenové snímky v daném časovém sledu, které jsou vzhodnoceny radiologem a vyšetření je ukončeno. Plastová kanyla zůstává zavedena do žíly 10 minut pro případ alergických reakcí.

Výhody a možné komplikace

Závažnou komplikací může být alergická reakce, přestože jste se s ní ještě nesetkal/a a byl/a jste již jodovou kontrastní látkou vyšetřován/a. Jedná se o náhlé uvolnění histaminu (biologická látka, uvolňující se při alergické reakci), který může popř. vyústit až v šokový stav. Při podávání moderních, tzv. neionických kontrastních látek k závažným komplikacím prakticky nedochází. Rozpoznání i způsob léčby těchto komplikací závisí na závažnosti alergické reakce a personál radiodiagnostického oddělení je na ně připraven.

Ke snížení rizika komplikací, především alergické reakce, prosím zodpovězte následující otázky:

Máte alergie na:

- léky (lokální anestetika, desinfekce, antibiotika, jiné léky) ? ANO NE
- jód, kontrastní látku? ANO NE
- pyly, prach, roztoče či jiné alergenů ? ANO NE

Trpíte závažným onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovkou, astma bronchiale ? ANO NE

Trpíte onemocněním štítné žlázy, feochromocytomem ? ANO NE

Jste těhotná ? ANO NE

Vylučovací urografie - IVU

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Jako každé rentgenové vyšetření je vylučovací urografie spojena s rizikem vyplývajícím z podstaty ionizujícího záření (negativní účinky na veškeré živé organismy - u člověka obecně postižení plodu, kůže a oka, sliznic, krvetvorby až akutní nemoc z ozáření). Během vyšetření je aplikována mnohonásobně nižší dávka záření, tzv. podprahová, která nevede k výše uvedeným komplikacím a současně umožňuje zachování dostatečné kvality vyšetření. Vyšetření provádí erudovaný personál, RTG přístroje podléhají pravidelným přísným kontrolám, citlivé oblasti těla jsou odstíněny.

Alternativy zdravotního výkonu

Alternativou k posouzení velikosti, tvaru a struktury ledvin je ultrasonografické vyšetření, k posouzení jejich funkce scintigrafické vyšetření.

Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti nebo zdravotní způsobilosti

Po vyšetření je doporučen zvýšený příjem tekutin, aby se urychlilo vyloučení kontrastní látky z těla. Po užití Dithiadenu nesmíte několik hodin řídit automobil ani obsluhovat stroje.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že mi je dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Vylučovací urografie - IVU

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Ve Frýdku-Místku dne: 27.6.2016 07:02

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)