

Fluoroangiografické vyšetření (FAG) - pozitivní

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

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován. Na základě Vašeho aktuálního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok - FAG.

Co je to fluorescenční angiografie a co nám tato metoda přináší?

Fluorescenční angiografie je velmi užitečná vyšetřovací metoda v očním lékařství, která nás informuje o stavu sítnice. Na základě této metody jsme schopni rozpoznat patologické stavy sítnice a jejich přesné umístění. Uspadňuje nám laserové ošetření sítnice. Jedná se tedy o metodu diagnostickou a ne o metodu léčebnou.

Jak se fluoroangiografické vyšetření provádí?

Půl hodiny před výkonem podáváme pacientovi tbl. Prednisonu a Dithiadenu - jako prevenci možné alergické reakce. Po zajištění žíly periferním žilním katétre (flexilou) aplikujeme do žíly 10ml angiografické látky Fluoresceinu. Tato látka se dostává do krevního oběhu a za několik desítek sekund nám začne plnit cévní systém sítnice oka. Plnění sítnicových cév a další průběh je zachycen na digitální kameru se speciálním filtrem. Vyšetření trvá kolem 20 minut a provádí se vsedě.

Pozámkový průběh:

Pokud se pacient cítí dobře, může za 30 minut po zákroku odejít domů.

Komplikace při FAG vyšetření

Reakce na fluorescein jsou výjimečné.

K běžnějším nežádoucím účinkům patří nevolnost, která se dostavuje po 30 vteřinách po podání kontrastní látky. Výjimečně je nevolnost následována zvracením.

- Zcela výjimečně u předisponovaných pacientů se může vyskytnout epileptický záchvat.
- Nejzávažnější komplikací je rozvoj klasického anafylaktického šoku. Končí fatálně jen velmi vzácně. Výkon provádějící lékař je na možnost rozvoje anafylaktického šoku připraven a umí poskytnout adekvátní pomoc. V naší nemocnici je navíc vždy k dispozici resuscitační tým, jehož vedoucím je specialista-anesteziolog. Tým je schopen se po zavolání dostavit do místnosti, kde se FAG provádí, během několika minut.

Fluoroangiografické vyšetření (FAG) - pozitivní

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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 moje 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 vyžádáním 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.

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:

- - -

Fluoroangiografické vyšetření (FAG) - pozitivní

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!