

FLUORESCENČNÍ ANGIOGRAFIE

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař zjistil onemocnění sítnice, které vyžaduje speciální vyšetření pomocí kontrastní látky podané do žíly a následné snímkování sítnice nebo duhovky Vašich očí.

K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Fluorescenční angiografie je vyšetřovací metoda, která slouží k podrobnému zobrazení očního pozadí nebo duhovky, pomáhá upřesnit rozsah onemocnění a umožňuje sledovat jeho vývoj.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jiná možnost tohoto vyšetření není.

Příprava k výkonu

Doba přípravy před vyšetřením je individuální, činí zhruba 60 minut a vyžaduje dokonalé rozšíření zornic pomocí kapek, které Vám bude sestra v ambulanci opakovaně aplikovat. Před vyšetřením dostanete 1 tabletu Dithiadenu a 1 tabletu Prednisonu jako prevenci případné alergické reakce.

V případě, že jste alergická/ý na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře (dostavuje se například vyrážka, dušnost apod.).

Zde napište seznam užívaných léků, včetně očních kapek:

Postup při výkonu

Po rozšíření zornic se posadíte před přístroj a opřete bradu a čelo o speciální opěrky. Očima budete sledovat fixační světlo, na které Vás upozorní vyšetřující lékař. Přitom Vám sestra obvykle v oblasti loketní jamky nitrožilně aplikuje kontrastní látku. Po podání kontrastní látky začne lékař snímkovat nejprve jedno oko a následně i druhé oko. Snímky se opakují v krátkých intervalech. Celé vyšetření trvá cca 30 minut.

Od vyšetření fluorescenční angiografií upouštíme v těhotenství, u těžkých alergií a těžkých poruch ledvin.

Rizika a možné komplikace výkonu

Možným nežádoucím účinkem je přechodná krátkodobá nevolnost po kontrastní látce nebo vytvoření malé podlitiny v místě vpichu.

Chování po výkonu, možná omezení

Po provedeném vyšetření bude přetrvávat do druhého dne žluté zbarvení kůže a moči. Vzhledem k rozšíření zorniček uvidíte hůře do dálky i do blízka, proto nesmíte řídit v den výkonu motorová vozidla. Odvoz si zajistěte předem. K vyšetření se dostavte s doprovodem. K urychlenému vyloučení kontrastní látky močí Vám doporučujeme vypít v den výkonu nejméně dva litry nealkoholických nápojů.

Podle výsledků vyšetření vám lékař stanoví vhodné termíny kontrol, event. laserového ošetření sítnice.

Výkon nevyžaduje vystavení pracovní neschopnosti.

V případě potíží nebo změny zdravotního stavu informujte Vašeho ošetřujícího lékaře.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)