



Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol  
**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE**  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ S POUŽITÍM KONTRASTNÍ LÁTKY

### 1. **Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):**

Vyšetřením se zobrazují normální a abnormální (patologicky změněné) struktury v lidském těle. Kontrastní látka používaná k ultrazvukovému vyšetření napomáhá zviditelnění a přesnějšímu zhodnocení patologických ložisek v orgánech /játra, ledviny, slezina, slinivka břišní, střevo, lymfatické uzliny, hrudní orgány/. Nález vyšetření ovlivňuje další léčebný postup.

### 2. **Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):**

Před vyšetřením není nutná speciální příprava pacienta. K aplikaci kontrastní látky je nutné zavedení vlastní jehly nebo kanyly (tenká plastová trubička), kterou se kontrastní látka podává nitrožilně. Samotné podání kontrastní látky trvá 5-10 vteřin, ihned po této aplikaci jsou ultrazvukovým přístrojem sledovány příslušné orgány, a to po dobu max. 15 minut. Pacient může v místě vpichu během aplikace pociťovat tlak, nikoliv výraznou bolestivost. Tyto pocity po aplikaci rychle odezní.

### 3. **Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:**

- Komplikace v místě vpichu (zánět podkoží, zánět žíly)
- Alergická či toxická reakce od lehké až po těžkou formu

### Ultrazvukové vyšetření s aplikací kontrastní látky je kontraindikováno u pacientů s:

- nedávno prodělaným akutním koronárním syndromem /srdeční infarkt/,
- nestabilní ischemickou chorobou srdeční,
- akutním srdečním selháním nebo srdečním selháním III. a IV. Stupně NYHA,
- závažnou poruchou srdečního rytmu,
- endokarditidou,
- u pacientů s umělou srdeční chlopní,
- u pacientů s pravolevým srdečním zkratem /abnormální pohyb krve v srdci/,
- závažnou plicní hypertenzí /vysoký krevní tlak v plicní tepně/,
- nekontrolovanou hypertenzí /vysoký krevní tlak/,
- syndromem dechové tísně.

### 4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- Ultrazvukové vyšetření bez aplikace kontrastní látky standardně předchází kontrastnímu ultrazvukovému vyšetření, kontrastní vyšetření umožňuje přesnější zhodnocení charakteru patologických ložisek.
- CT vyšetření /počítačová tomografie/ - představuje významnou radiační zátěž pro pacienta a kontrastní ultrazvukové vyšetření je tedy vhodnou alternativou CT, eventuelně může CT následovat, při nejasném nálezu. U pacientů s postižením ledvin kontrastní ultrazvuková látka podstatně méně zatěžuje vylučovací systém, než kontrastní látka jodová.
- MR vyšetření /magnetická rezonance/ - kontrastní ultrazvukové vyšetření je alternativou při kontraindikacích MR (nelze vyšetřit pacienty s kardiostimulátorem), jde o výkon méně časově náročný, umožňuje taktéž ozřejmit nejasné MR nálezy.

### 5. **Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

Bez omezení.

*Předpokládaná doba hospitalizace:* 0 dní

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* 0 dní

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* nepředpokládají se

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* nepředpokládají se

**6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):**

Nepředpokládají se.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

**Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:**

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis a jmenovka lékaře**

**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis pacienta<sup>\*</sup> /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.