



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 DIAGNOSTICKÁ LYMFOGRAFIE

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

•

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

Jde o speciální rentgenové vyšetření, jehož cílem je zobrazení mízních cév a uzlin v oblasti pánve a břicha. Nejprve je do kůže – obvykle přednoží (nártů) - vstříkneme malé množství barviva (Patenentní modři) k zobrazení lymfatických cév. Poté v místním znecitlivění na kůži nártů provedeme krátký řez (3 – 4 cm) a vypreparujeme lymfatické cévy. Do těchto cév pak zavedeme jemné jehly (0,4mm silné) a do každé jehly aplikujeme 10 – 12ml olejové kontrastní látky (Lipiodol Ultrafluid). Po naplnění lymfatického systému kontrastní látkou až do oblasti bederních lymfatických uzlin jehly z lymfatických cév přednoží odstraníme a kožní řezy uzavřeme 3 – 5 stehy. Následně provádíme rentgenové snímky v určitých úhlech zacílených na oblast pánve a břicha. Dále provádíme RTG snímek plic. Druhý den provádíme další RTG snímky stejných oblastí a ve stejných úhlech.

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

- Bolest při aplikaci barviva do kůže obou přednoží.
- Mírný tlak na vnitřní straně stehů během aplikace kontrastní látky.
- Vzácně dechové obtíže při rychlém proniknutí olejové kontrastní látky do plicního řečiště.
- Krvácení v místě kožních řezů na přednoží.
- Infekce v místě kožních řezů na přednoží.
- Alergická reakce na kontrastní látku nebo barvivo u pacientů s dříve neznámou alergickou anamnézou.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Zobrazení pouze lymfatických uzlin pomocí CT, nebo NMR, kde ale nejsou patrné lymfatické cévy.

### 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:*

- asi týden relativní omezení běžné denní činnosti

#### *Předpokládaná doba hospitalizace:*

- záleží na základním onemocnění, jinak 2 dny

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

- závisí na celkovém klinickém stavu a základním onemocnění

#### *Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:*

- v souvislosti s výkonem se neočekávají

#### *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):*

- Klidový režim na lůžku po dobu 24 hodin.

**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: .....

**Podpisová doložka svědka:**

.....  
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....  
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....  
Jméno a příjmení svědka

.....  
Podpis svědka

\* 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.