

## Souhlas s podáním kontrastní látky

Jméno pacienta.....

Rodné č..... Oddělení.....

Vážená paní / pane,

Na základě vašeho zdravotního stavu vám bylo vaším ošetřujícím lékařem doporučeno RTG vyšetření s použitím kontrastní látky aplikované do cévního systému. Za podání této látky zodpovídá lékař RDG oddělení, který je vyšetření přítomen, ale k tomu potřebuje váš předběžný písemný souhlas. Rovněž potřebuje znát některé údaje o vašem zdravotním stavu, a proto, prosím, odpovězte na následující dotazy:

**Máte na něco alergie?** (to znamená, zda jste měl/a někdy po něčem vyrážku, otoky nebo potíže s dýcháním), vyjmenujte, na co

.....  
.....

**Jaký byl nebo bývá průběh vaší alergické reakce?**.....

.....

**Léčíte se na sennou rýmu nebo astma?** Pokud ano, **co vám tyto potíže způsobuje?** (např. pylly, prachy, roztoči, srst, ...)

.....

**Byla vám už někdy podána kontrastní látka?** A při jakém vyšetření?.....

.....

Kontrastní látka je preparát s obsahem jódu, který se aplikuje do žíly a poměrně rychle se z těla vylučuje ledvinami. Jiná kontrastní látka než jódová použít v tomto případě nelze a bez ní není možno toto vyšetření provést. V drtivé většině případů je její podání dobře snášeno, ale jako u většiny léčiv, i zde se mohou vyskytnout vedlejší nežádoucí účinky.

Možné a nejčastější vedlejší účinky jsou: pocit sucha v ústech, pocit horka, tlak v okolí močového měchýře, pocit zvýšeného tlaku krve do hlavy. Tyto příznaky většinou během několika minut odezní.

Závažnější, ale nejvzácnější nežádoucí účinky jsou projevy alergické reakce, a to mohou být: pocit na zvracení, svědění kůže, kopřivka nebo rudé skvrny na kůži, dýchací potíže. Ve velmi vzácných případech může alergická reakce postoupit až do anafylaktického šoku se ztrátou vědomí a smrtí.

Svým podpisem dávám souhlas s aplikací kontrastní látky během vyšetření. Potvrzuji, že jsem byl/a podrobně seznámen/a s výše uvedeným výkonem, jeho nežádoucími účinky a v případě komplikací souhlasím s neodkladnými výkony nutnými k jejich odstranění a tím k záchraně života nebo zdraví. Dále potvrzuji, že jsem měl/a možnost klást vyšetřujícímu personálu doplňující otázky a že mi byly uspokojivě zodpovězeny.

V Chomutově, dne:.....

.....

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....

Podpis zdravotnického pracovníka

Razítko oddělení