

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Lenka Koutníková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Radiologický asistent (B5345)

Lenka Koutníková

Studijní obor: Radiologický asistent (5345R010)

**INFORMOVANÉ SOUHLASY PRO
RADIODIAGNOSTICKÁ VYŠETŘENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Alena Vondráková, Ph.D.

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lenka KOUTNÍKOVÁ**
Osobní číslo: **Z16B0053K**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Radiologický asistent**
Téma práce: **Informované souhlasy pro radiodiagnostická vyšetření**
Zadávací katedra: **Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- **SEIDL, Zdeněk a kolektiv.** *Radiologie pro studium i praxi*. 2012. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4108-6.
- **DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, Adam.** *Ochrana práva pacienta ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Linde, 2007. 138 s. ISBN 978-80- 7101-684-6
- **VOMÁČKA, Jaroslav a kol.** *Zobrazovací metody pro radiologické asistenty*. 2. doplněné vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 157 s. Odborná publikace. ISBN 978-80-244-4508-3.
- **HEŘMAN, Miroslav a kol.** *Základy radiologie*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2014. 314 s. Učebnice. ISBN 978- 80-244-2901-4.
- **PTÁČEK, Radek et al.** *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2017. 327 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.
- **MALÍKOVÁ, Hana a kol.** *Základy radiologie a zobrazovacích metod*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. 156 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-4036-5.
- **DOLEŽAL, T.** *Informovaný souhlas?! Mýtus nebo realita*. In: Informovaný souhlas a inštitut predchádzajúceho priania. I. **HUMERNÍK**. Bratislava: ELSA, 2011, s. 39-50. ISBN 978-80-89447-61-9.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Alena Vondráková, Ph.D.**
Katedra záchranářství, diagnostických oborů
a veřejného zdravotnictví

Datum zadání bakalářské práce: **28. července 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**


PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan




Mgr. Stanislava Reichertová
vedoucí katedry

V Plzni dne 29. ledna 2021

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu zdrojů.

V Plzni dne 26. 2. 2021

Lenka Koutníková

ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Lenka Koutníková

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Informované souhlasy pro radiodiagnostická vyšetření

Vedoucí práce: MUDr. Alena Vondráková, Ph.D.

Počet stran: 73

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: informované souhlasy – cíl, význam, historie a formy, radiodiagnostická vyšetření – skiografie, skiaskopie, ultrasonografie, výpočetní tomografie a magnetická rezonance.

Souhrn:

Tato bakalářská práce se věnuje problematice informovaných souhlasů používaných při radiodiagnostických vyšetřeních v Nemocnici Sokolov. Skládá se z části teoretické a části praktické.

Teoretická část obsahuje definování pojmu informovaný souhlas, pojednává o jeho významu, principech, historii a formách, popisuje jeho právní oporu a zdůvodňuje jeho existenci a nutnost využívání ve zdravotnictví, včetně přínosů pro pacienta i zdravotnický personál.

V praktické části je zpracován dotazník, který si klade za cíl zmapovat informovanost a srozumitelnost poskytnutých informací u pacientů podstupujících radiodiagnostický výkon, dále porovnává několik konkrétních informovaných souhlasů z různých zdravotnických pracovišť rozdílných úrovní.

ABSTRACT

Surname and name: Lenka Koutníková

Department: Department of Paramedical Rescue Work and Technical Studies

Title of thesis: Informed Consent to Diagnostic Radiological Examination

Consultant: MUDr. Alena Vondráková, Ph.D.

Number of pages: 73

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 22

Keywords: informed consent – objective, significance, history and forms, diagnostic radiological examinations - skiagraphy, skiascopy, ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging.

Summary:

The thesis deals with the problematic of informed consent used for diagnostic radiological examinations in the Sokolov Hospital. The thesis consists of the theoretical and practical part.

The theoretical part contains the definition of the term informed consent, discusses its significance, principles, history and forms, describes its legal support and explains its existence and the need to use it in health care including all benefits for both patient and medical staff.

In the practical part is processed the survey which aimed to map the information value and comprehensibility of the provided information of patients undergoing a diagnostic radiological procedure and then compares a few specific informed consents from various medical workplaces of different levels.

PŘEDMLUVA

Téma pro bakalářskou práci Informované souhlasy pro radiodiagnostická vyšetření jsem si zvolila z důvodu důležitosti informovanosti pacientů před daným radiodiagnostickým vyšetřením.

Cílem této práce je zjistit, zda jsou pacienti dostatečně a srozumitelně informováni před radiodiagnostickým vyšetřením v Nemocnici Sokolov. Domnívám se, že výzkumným šetřením odkryji nedostatky, na jejichž základě budou informované souhlasy upraveny.

Poděkování

Děkuji MUDr. Aleně Vondrákové, PhD., za odborné vedení bakalářské práce, velmi cenné rady, čas strávený nad mojí prací a milý přístup. Dále bych chtěla poděkovat Nemocnici Sokolov a Léčebně preventivnímu zařízení Sokolov s. r. o. za poskytnutí důležitých dat a informací.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
1 Cíl informovaného souhlasu.....	14
1.1 Význam a princip informovaného souhlasu	14
1.2 Historie informovaného souhlasu.....	14
1.3 Formy informovaného souhlasu	15
1.4 Náležitosti písemného informovaného souhlasu upravuje vyhláška 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.....	15
2 DIAGNOSTICKÉ ZOBRAZOVACÍ METODY.....	17
2.1 Skiografie.....	17
2.1.1 Příprava pacienta	17
2.1.2 Indikace a kontraindikace.....	18
2.1.3 Rizika skiografie	18
2.2 Skiaskopie.....	22
2.2.1 Příprava pacienta	22
2.2.2 Kontrastní látky	23
2.2.3 Indikace a kontraindikace.....	23
2.2.4 Rizika skiaskopie	23
2.3 Ultrasonografie – UZ.....	28
2.3.1 Příprava pacienta	28
2.3.2 Kontrastní látky (KL)	29
2.3.3 Indikace a kontraindikace.....	29
2.3.4 Rizika ultrasonografie.....	30
2.4 Výpočetní tomografie (CT)	32
2.4.1 Příprava pacienta na CT vyšetření.....	32
2.4.2 Kontrastní látky (KL)	32
2.4.3 Indikace a kontraindikace CT vyšetření	33
2.4.4 Rizika při CT vyšetření	33
2.5 Magnetická rezonance (MR)	35

2.5.1	Příprava pacienta na MR vyšetření.....	35
2.5.2	Kontrastní látky pro MR.....	36
2.5.3	Indikace a kontraindikace.....	36
2.5.4	Rizika u MR	37
3	PRAKTICKÁ ČÁST	39
3.1	Cíl práce.....	39
3.2	Hypotézy.....	39
3.3	Použité metody a techniky sběru dat	39
3.4	Charakteristika výzkumného souboru	41
3.5	Etika výzkumu.....	41
3.6	Výsledky výzkumného šetření	41
4	DISKUZE	47
4.1	Vyhodnocení hypotéz	51
	ZÁVĚR.....	52
	EZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
	SEZNAM PŘÍLOH	55

SEZNAM OBRÁZKŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Skiografie	18
Obrázek 2: Skiaskopický přístroj.....	23
Obrázek 3: Ultrazvukový přístroj	31
Obrázek 4: Sondy – různé typy.....	31
Obrázek 5: Výpočetní tomografie.....	33
Obrázek 5: Magnetická rezonance.....	37

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů	41
Graf 2: Věk	42
Graf 3: Ambulantní pacient či hospitalizovaný	42
Graf 4: Informovaný souhlas	43
Graf 5: Kdo Vás informoval o průběhu vyšetření	43
Graf 6: Forma podání informací o vyšetření	44
Graf 7: Forma podání informací	44
Graf 8: Srozumitelnost podaných informací.....	45
Graf 9: Funguje v ČR dostatečně informovaný souhlas	45

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Echogenita měkkých typů tkání	28
--	----

SEZNAM ZKRATEK

§	paragraf
ALARA	as low as reasonably achievable
APTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas, vyšetření hemokoagulace (srážení krve)
atd.	a tak dále
CEUS	kontrastní ultrazvukové vyšetření
CO ₂	oxid uhličitý
CRP	zjištění hladiny C-reaktivního proteinu
CT	výpočetní tomografie
DUSG	dopplerovská ultrasonografie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiografie
Gd	gadolinium
GIT	gastrointestinální trakt
HSG	hysterosalpingografie
ICD	implantabilní kardioverter – defibrilátor
INR	vyšetření srážlivosti krve
IS	informovaný souhlas
IVU	intravenózní vylučovací urografie, vyšetření ledvin
KO	krevní obraz
MR	magnetická rezonance
MRCP	magnetická rezonanční cholecystopankreatografie
NOZ	nový občanský zákoník
PTC	perkutánní transhepatická cholangiografie
PTD	perkutánní transhepatální drenáž
RTG	rentgenové vyšetření
Sb.	sbírka
TEP	totální endoprotéza
USG	ultrasonografie
UZ	ultrazvuk

ÚVOD

V bakalářské práci se zabývám problematikou informovaného souhlasu pro radiodiagnostická vyšetření. Tato problematika je v současné době velice aktuální v oblasti zdravotnického práva. Každý lékařský výkon se týká jedince jak po stránce tělesné, tak po stránce psychické, a tak je důležité, aby byla zvolena u každého člověka vhodná terapie. Každým medicínským zákrokem se ale také zasahuje do osobnosti jedince, na jejíž ochranu se v této době klade důraz. Objektem takové ochrany je zejména život a zdraví člověka. Z těchto důvodů je důležitý informovaný souhlas, což znamená, že ve většině případů lékař prezentuje pacientovi všechny nezbytné informace týkající se plánovaného výkonu. Pacient má právo na to, aby je posoudil z hlediska svých hodnot a priorit, a po zvážení se rozhodne, zda výkon podstoupí, a informovaný souhlas podepíše.

Cílem této práce je zjistit, zda jsou pacienti dostatečně a srozumitelně informováni před radiodiagnostickým vyšetřením v Nemocnici Sokolov.

V teoretické části této práce se zabývám radiodiagnostickými vyšetřeními, při jejichž provedení je třeba informovaný souhlas.

Praktická část zahrnuje vyhodnocení a prezentaci výsledků z dotazníkového šetření. Následně budu porovnávat informovaný souhlas s nemocnicí na Slovensku.

1 CÍL INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Informovaný souhlas je jedním z mnoha témat v dnešní moderní medicíně. Cílem je provedení diagnostických a léčebných úkonů pacientovi na základě jeho dobrovolného a svobodného rozhodnutí po předcházejícím informování lékařem. Hlavním cílem všech zákonných předpisů, úmluv a etických kodexů je upravovat práva v oblasti zdravotnictví, zejména ochrana občana jako pacienta (Ptáček a kol., 2017).

1.1 Význam a princip informovaného souhlasu

Jedná se v zásadě o potvrzení či důkaz, že byl pacient lékařem řádně poučen a informován o diagnostických a léčebných postupech, tím je také poskytnuta právní ochrana lékaři.

Princip informovaného souhlasu spočívá v tom, že by měl mít pacient možnost sám si zvolit postup léčby, pokud je více alternativ.

Tím pádem lépe spolupracuje a sám se dobrovolně rozhodne, zda léčbu podstoupí, či nikoliv (Ptáček a kol., 2017).

1.2 Historie informovaného souhlasu

Dle mého názoru je důležité uvést, že se v minulosti pacient obracel na svého lékaře, kterému bezprostředně důvěřoval, a tudíž i jeho léčebné metodě. V období první republiky spočívala praxe v tzv. svolení nemocného s operací a zároveň ve vyjádření souhlasu pacienta i s možnými komplikacemi (Haškovcová, 2007).

V České republice je nezbytnost informovaného souhlasu regulována v § 93103 občanského zákoníku.

Parlamentem České republiky byla v roce 2001 ratifikována Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Informovaný souhlas se tím stal důležitým prvkem a základní oporou současné moderní medicíny.

Zákon číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Tímto zákonem došlo k novelizaci zákona č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, neboť vznikla společenská potřeba nové, ne tak zastaralé právní úpravy. Zákon o zdravotních službách uspokojivě odráží požadavky stanovené v Úmluvě a upravuje pravidla týkající se informovaného souhlasu včetně

možnosti provedení zákroku bez souhlasu. Takový zákrok lze provést pouze tehdy, pokud je ohrožen jeho vlastní život a zdraví (bezvědomí, krvácení do mozku) (Ptáček a kol., 2017).

Zákon č. 89/2012 (dále pouze NOZ, tj. nový občanský zákoník) upravuje problematiku zásahů do nedotknutelnosti fyzické osoby. Tento nový občanský zákoník platí od roku 2014. Došlo ke kompletnímu přepracování starého zákona z roku 1964, který ale za tu dobu prošel řadou novel (Ptáček a kol., 2017).

I přestože je v současné době informovaný souhlas považován za právní instrument, povinnost informovat pacienta o významných aspektech poskytované zdravotní služby je v zásadě založen na filozoficko-etických základech a následně se zprostředkovaně promítá do právní roviny (Doležal in Humerník, 2011).

1.3 Formy informovaného souhlasu

Informovaný souhlas můžeme rozdělit do několika forem:

- písemná,
- ústní,
- konkludentní (kývnutí hlavou, potřesení rukou atd.).

V běžných situacích se nejčastěji setkáváme s formou ústní a konkludentní. Konkludentní forma je používána, pokud zdravotní sestra oznámí pacientovi, že mu odebere krev, a požádá ho, aby si vyhrnul rukáv. Ten tak učiní bez jediného protestu. Je očividné, že se zákrokem souhlasí, aniž by řekl jediné slovo.

Písemný informovaný souhlas by měl být zajištěn především pro invazivní diagnostické a léčebné metody. Velmi důležitou a nezapomenutelnou součástí písemného informovaného souhlasu je podpis pacienta (Haškovcová, 2007).

1.4 Náležitosti písemného informovaného souhlasu upravuje vyhláška 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Tato vyhláška o zdravotnické dokumentaci vymezuje povinný rozsah a formální náležitosti písemného informovaného souhlasu:

1. Informace o původu, příčině, stadiu nemoci a jejím předpokládaném vývoji,
2. poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si z několika možností,

3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
5. poučení o právu pacienta svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují (§ 34),
6. záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek formou poskytnutí podrobné informace o tomto prostředku podle zvláštního právního předpisu,
7. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl.

Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje podle části A byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a též pacientovi; pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí (Česko, 2012).

2 DIAGNOSTICKÉ ZOBRAZOVACÍ METODY

V této kapitole uvádím souhrn nejčastěji užívaných radiodiagnostických zobrazovacích metod a jejich praktické využití.

2.1 Skiografie

Skiografie je prosté snímkování, které za pomoci rentgenového záření zobrazuje vyšetřovanou oblast těla. Výsledný obraz je zachycen na rentgenový film nebo detekční systém přístroje. V dnešní době se snímky zhotovují většinou digitálně. Z takového snímku lze odhalit složení vyšetřované tkáně nebo poranění. Snímkování můžeme provádět také na RTG vyšetřovnách stabilními přístroji nebo též pojízdným RTG přístrojem (Malíková a kol., 2019).

2.1.1 Příprava pacienta

Před nativním RTG vyšetřením není nutná žádná příprava. Vyšetření je prováděno na základě předložené žádanky, kterou indikoval lékař. Pacient si pouze svlékne oděv a odstraní ozdobné předměty, řetízky, náušnice atd. (v zájmové oblasti vyšetření).

Skiografická vyšetření v některých indikacích můžeme provádět i s použitím jodové kontrastní látky, což pro pacienta může představovat určité riziko, proto je nutné mít v tomto případě od pacienta podepsaný tzv. informovaný souhlas s vysvětlením, kde pacient stvrzuje svým podpisem souhlas s daným vyšetřením a tím i upozornění na možné komplikace a rizika s tímto spojená (Ptáček a kol., 2017).

Jako příklad postkontrastního skiografického vyšetření můžeme uvést například IVU, perimyelografii nebo například aerografii. V případě posledních dvou jmenovaných vyšetření se kontrastní látka aplikuje do příslušného prostoru, následně se využijí sofistikovanější zobrazovací metody jako CT nebo MR pro získání přesnější diagnostické informace. Vždy se vyžaduje před postkontrastním vyšetřením 4 hodiny nejíst a nepít, ranní medikaci lze zapít douškem.

2.1.2 Indikace a kontraindikace

Mezi indikace patří – úrazy, bolest a onemocnění.

Nejčastěji se pomocí rentgenových snímků vyšetřují oblasti – skeletu, hrudníku a břicha.

Relativní kontraindikací RTG vyšetření je pouze těhotenství, a to především v prvních čtyřech měsících (Seidl a kol., 2012).

2.1.3 Rizika skiografie

Po aplikaci jodové kontrastní látky může nastat alergická reakce. U těhotných žen vždy existuje určité riziko ionizujícího záření na plod, ale pokud je indikované RTG vyšetření u těhotné ženy „odůvodněné“, pak je možno jej provést za dodržení pravidel optimalizace ALARA (Seidl a kol., 2012).

Obrázek 1: Skiografie



Zdroj: Nemook.cz

Příloha 1 Informovaný souhlas s Perimyelografii Nemocnice Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Locholín
ICO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PERIMYELOGRAFIE

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení
Rodné číslo (číslo pojištěnce): / 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, vážení rodiče,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař provedení speciálního RTG (rentgenového) vyšetření - perimyelografie.

Důvod vyšetření

Perimyelografie je diagnostická metoda, při které se zjišťují změny v páteřním kanálu pomocí kontrastní (na rentgenovém snímku viditelné) látky.

Příprava před vyšetřením

K vyšetření se dostavte nalačno nejméně 4 hodiny před vyšetřením pouze malé množství tekutiny, ne kávu a alkohol). Další nutná příprava pak bude provedena v den vyšetření dle pokynů vyšetřujícího lékaře (radiologa).

V případě, že trpíte alergií (přecitlivělostí) na jakékoli látky (včetně pylové alergie či bodnutí hmyzem), upozorněte na to předem Vašeho ošetřujícího lékaře i personál RTG pracoviště. Velmi důležité je informovat ošetřujícího lékaře i personál RTG pracoviště, zda jste v minulosti neprodělal/a alergickou reakci na nitrožilní podání jodové kontrastní látky, a to nejen při RTG vyšetření, ale i při vyšetření cév (angiografie a flebografie) nebo ledvin (vylučovací urografie). Informujte také o případné kožní reakci na **dezinfekční přípravky s obsahem jódu**.

Dále sdělte personálu RTG pracoviště, zda trpíte poruchou funkce ledvin, bronchiálním astmatem či zeleným očním zákalem.

Na základě informací od Vás a Vašeho ošetřujícího lékaře radiolog zváží nutnost nitrožilního podání kontrastní látky, případně doporučí preventivní podání léků k vyloučení možných komplikací spojených s nitrožilním podáním kontrastní látky.

Průběh vyšetření

První část vyšetření probíhá vsedě. Lékař provede lumbální punkci (vpich do kanálu páteřního v místě pod ukončením míchy – pod druhým bederním obratlem) nebo punkci kanálu krční páteře. Pokud je nutné, lékař odebere vzorek mozkomíšního moku. Poté bude jehlou podána kontrastní látka a následně bude jehla vytáhena. Další část vyšetření probíhá vleže na vyšetřovacím stole.

Pomocí skioskopie (pomocí rentgenového přístroje) se z několika úhlů zhotoví RTG dokumentace.

Rizika a možné komplikace výkonu

Případnou závažnou komplikací jsou projevy tzv. alergické reakce, ke kterým může dojít, přestože jste se s nimi ještě nesešel/a a byl/a jste již jodovou kontrastní látkou vyšetřován/a. Při podávání moderních kontrastních látek, však k závažnějším komplikacím dochází výjimečně. Rozpoznání i způsob léčby těchto komplikací závisí na závažnosti alergické reakce a personál RTG pracoviště je na ně připraven.

Chování po výkonu, možná omezení

Po výkonu je doporučeno setrvat nejméně 6 hodin vpolosedě.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

Strana 1 (celkem 3)

INS/0319/03

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**

Edvarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory
Alej Svobody 50, 304 00 Plzeň - Lochotín
IČO 0069806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

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.

Nezamítel/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 beru 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).

Souhlasím s podáním jodové kontrastní látky: ANO NE

Souhlasím s podáním radiofarmaka a byl/a jsem poučen/a o možných rizicích jeho podání: ANO NE

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 SVĚPRÁVNOSTÍ 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.

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

..... jmenovka (tiskovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukována, publikována a šířena žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
ul. Srebrbudy 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 06969696, tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
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) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/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)

2.2 Skiaskopie

Skiaskopie patří mezi vyšetření umožňující sledovat pacienta pomocí rentgenového obrazu po určitý časový úsek, jedná se o snahu zachytit dynamický děj, nikoliv pouze o statický snímek, jako je tomu u skiografie. Pomocí skiaskopie se provádí vyšetření trávicí trubice, žlučových cest, močového měchýře, ve výjimečných případech cílené vyšetření plic a dutiny břišní (Vomáčka a kol., 2015).

2.2.1 Příprava pacienta

Příprava pacienta se liší podle druhu vyšetření.

U polykacího aktu jícnu není nutná žádná příprava, lze jej provádět i ambulantně.

Před vyšetřením žaludku, dvanácterníku a tenkého střeva nesmí pacient od půlnoci jíst, pít a kouřit. Jiná příprava není zapotřebí.

Dnes už málo využívaná irigografie, tj. vyšetření tlustého střeva, je nahrazována endoskopickým vyšetřením. Pacient by měl mít 2–3 dny kašovitou stravu a dostatek tekutin. Večer před vyšetřením je nutné vypít speciální roztok pro vyprázdnění tlustého střeva (Vomáčka a kol., 2015).

Vyšetření ERCP (endoskopická retrográdní cholangiografie) se provádí za krátké hospitalizace. Přípravu pacienta lze rozdělit na krátkodobou a dlouhodobou. Vyšetření se provádí na lačno, pacient by měl 6–8 hodin lačnit, nesmí pít alkohol a kouřit (Seidl a kol., 2012).

Před PTD (perkutánní transhepatální drenáží) je nutné provést odběry krevního obrazu, jaterních testů, koagulace a také zajistit USG či CT vyšetření (žlučových cest a jater) a dále je nutné před samotným výkonem od půlnoci nejíst a nepít (Válek, 2000).

PTC (perkutánní transhepatální cholangiografie) vyšetření se indikuje, pokud nelze provést ERCP. Příprava pacienta je totožná s PTD (Válek, 2000).

U mikční cystouretrografie není potřeba žádné přípravy, tato metoda je častěji používána v dětském věku (Seidl a kol., 2012).

Angiografické vyšetření vyžaduje, aby byl pacient před vyšetřením minimálně 3–4 hodiny na lačno a také musí mít v pořádku laboratorní výsledky k tomu určené.

Při HSG (Hysterosalpingografii) musí mít pacientka prázdný močový měchýř a kvůli bolestivosti vyšetření je doporučena premedikace (Seidl a kol., 2012).

2.2.2 Kontrastní látky

Kontrastní látky slouží k přesnějšímu zobrazení tkání, orgánů, případně jejich funkcí a patologických struktur (Sněhotová, 2014; Seidl a kol., 2012).

V dnešní době jsou nejčastěji užívané KL (tj. jodové či paramagnetické), jež jsou také spojeny s určitým druhem rizika pro pacienta, a je tudíž nutné, aby o jejich užití a možných vedlejších či nežádoucích účincích byl pacient informován před vyšetřením (Seidl a kol., 2012).

2.2.3 Indikace a kontraindikace

Skioskopie s podáním KL p. o. je absolutně kontraindikována při podezření na perforaci trávicí trubice (Seidl a kol., 2012).

2.2.4 Rizika skioskopie

Patří k nim alergická reakce na aplikaci i. v. KL nebo na podání p. o. KL dle potřebného šetření, radiační zátěž pacienta. V těhotenství se s ohledem na minimalizaci radiační zátěže na plod provádějí pouze odůvodněné výkony tohoto typu (zdraví matky má prioritu).

Obrázek 2: Skioskopický přístroj



Zdroj: Nemosok.cz

Příloha 2 Informovaný souhlas s PTC/PTD Nemocnice Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Radiodiagnostické oddělení
Edvarda Beneše 13, 305 09 Plzeň - Bory
ul. Svobody 80, 304 05 Plzeň - Lochotín
IČO 00669808 tel.: 377 401 111, 377 103 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PTC/PTD

PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE/DRENÁŽ

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení
Rodné číslo (číslo pojištěnce): / 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,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) vyžaduje provedení vyšetření žlučových cest - perkutánní cholangiografie (dále PTC) a v převážné většině případů navazující drenáže žlučových cest (dále PTD). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Důvod Vám byl sdělen indikujícím lékařem při návrhu vyšetření.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost), a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Příprava k výkonu

Při výkonu je nepřipustné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat na lůžkovém oddělení šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla.

Před vyšetřením s podáním jodové kontrastní látky u Vás **musí být provedena příprava podáním léků**. Většinou jde u dospělého o dvě tablety Dithiadenu, které spolknete hodinu před vyšetřením, nebo Vám bude podán Dithiaden injekčně do svalu těsně před výkonem. Tuto dobu je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál AG pracoviště! V některých případech (dětský pacient, vícečetná alergie u pacienta, alergie na jód atp.) o změně této přípravy rozhodne indikující lékař, nebo specialista podle daného medicínského problému.

Před vyšetřením s podáním kontrastní látky je nutno 6 hodin lačnit. Tekutiny lze požit ještě do 2 hodin před výkonem. Pokud jste si vědom/a, že jste tuto dobu nedodržel/a, nebojte se upozornit včas personál AG pracoviště, aby nedošlo k ohrožení vašeho zdraví nebo života. Je nutné požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou na AG pracoviště), nerozhodně-li ošetřující lékař jinak.

Doprovod dítěte musí zajišťovat osoba, která je ochotna a schopna s dítětem setrvat ve vyšetřovně. Nesmí proto být těhotná.

Ošetřujícího lékaře upozorněte před AG vyšetřením na **srážlivost** krve či užíváte-li Warfarin; v případě **vírového onemocnění jater a AIDS**, prosím, informujte ošetřující personál.

Postup při výkonu

Jedná se o miniinvazivní výkon, při kterém se pomocí speciálních pomůcek pod kontrolou rentgenového záření provede po předchozím zaměření ultrazvukem nápich žlučovodů, jejich zobrazení pomocí kontrastní látky a v případě potřeby pak zavedení předtvarovaného drénu, který propojí žlučové cesty s dvanácterníkem

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikováni a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



a/nebo odvede hromadící se žluč navenek do sběrného sáčku. Výkon se provádí v místním znečistění v poloze na zádech a to přístupem skrze kůži. Během výkonu je podávána kontrastní látka pro ověření polohy drénu, která se v malém množství může dostat do cévního řečiště. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem angiografického pracoviště, tj. leželi v klidu, zadrželi dech a prováděli další jednoduché úkony.

Délka vyšetření se většinou pohybuje od 30 -120 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Metoda využívá k vyšetření **rentgenového záření**. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. V případě těhotenství vyšetřované osoby může však dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj.

Při výkonu se podává malé množství kontrastní látky, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornila, jak indikujícího lékaře, tak personál AG pracoviště, že máte **alergii** jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější.

Během zavádění instrumentaria (pomůcek) může v malém počtu případů dojít k porušení větší cévy v játrech nebo v jejích okolí a krvácení do dutiny břišní anebo do žlučových, tato komplikace je řešitelná miniinvazivně cestou vnitřku cév vedoucích do jater, anebo chirurgickou operací. V některých případech dojde k porušení stěny žlučového a úniku žluče do dutiny břišní nebo do krve. Tato komplikace nemá při dokončeném výkonu závažné následky pro Vaše zdraví.

Chování po výkonu, možná omezení

Výkon se provádí pouze za hospitalizace. Po výkonu bude nutné setrvat na lůžku alespoň 12 hodin. Klid u lůžka je nutný 24 hodin po výkonu. Dodržováním těchto pokynů předejdete komplikacím jako je posun drénu mimo žlučové cesty či krvácení z místa vpichu, resp. zavedení drénu.

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 nevylučují.

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 beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
ulej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lachotín
IČO 90669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 SVĚPRÁVNOSTÍ 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.

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

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

ZOK

podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
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)

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

Strana 3 (celkem 4)

INS/0382/03



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
ulaj Svobody 80, 304 69 Plzeň - Lechostín
IČO 00698906 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

**Vypíšte 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 adresu a datum narození)

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

Strana 4 (celkem 4)

INS/0382/03

2.3 Ultrasonografie – UZ

Ultrasonografie je nejčastěji využívanou diagnostickou zobrazovací metodou, která díky svým nízkým pořizovacím nákladům snadno pronikla do všech odvětví medicíny. Princip spočívá v šíření mechanického vlnění, což jsou podélné mechanicko-elastické kmity šířící se prostředím. Využíváme tím schopnosti odrazů na hranici dvou prostředí s různou hustotou (echogenitou). Ultrasonografii můžeme rozdělit do dvou základních postupů – konvenční a dopplerovská ultrasonografie (Vomáčka a kol., 2015).

Tabulka 1: Echogenita měkkých typů tkání

Echogenita	Příklady typů tkáně
anechogenní	tekutina (např. moč, žluč, obsah cyst, krev v cévách)
hypoechogenní	parenchym, ledviny, uzliny, hematom (obvykle heterogenní, často hypo- i hyperechogenní), obsah abscesu, empyém
střední echogenita	normální játra, slezina, štítná žláza
hyperechogenní	játra se steatózou, fibrózou nebo cirhózou, pankreas u starších nebo obézních osob, hematom
Silné echo s akustickým stínem	Kost, kalcifikace, kámen, plyn (např. vzduch v trachei, ve střevě...)

Zdroj: (Heřman a kol., 2014)

2.3.1 Příprava pacienta

Ultrasonografické vyšetření patří mezi neinvazivní metody, a proto většinou nevyžaduje žádné zvláštní přípravy pacienta.

Při posouzení eventuální patologie ve žlučníku je nutná jeho dostatečná distenze (roztažení), tzn. je zapotřebí před USG vyšetřením lačnit alespoň 4 hodiny. Stejně tak je třeba nemočit těsně před USG vyšetřením, protože prázdný močový měchýř nelze sonograficky přes stěnu břišní vyšetřit.

Před samotným vyšetřením musíme mít od pacienta podepsaný informovaný souhlas. Jedná se o dokument, ve kterém pacient stvrzuje podpisem souhlas s vyšetřením a tím i upozornění na možné komplikace a rizika s ním spojená (Ptáček a kol., 2017).

Ultrasonograficky navigovaná biopsie – 2 dny před vyšetřením je nutné vysadit léky podporující krvácivost (Czech News Center, 2021).

2.3.2 Kontrastní látky (KL)

Kontrastní látky u CEUS vyšetření se používají zejména k upřesnění povahy fokálních (ložiskových) lézí v jaterním parenchymu nebo ledvinovém parenchymu, případně ke zpřesnění povahy lymfatické uzliny (zda je benigní či patologická infiltrovaná), též jako alternativa u pacientů, kterým nemůže být například z důvodu alergické reakce podána jodová kontrastní látka nebo kteří jsou často vystavováni grafickým zobrazovacími metodám. Kontrastní látky pro ultrazvuk se uplatňují především v dopplerovské diagnostice, a to pro vyšetření, které popisuje morfologie drobných cév parenchymových orgánů, rychlost a směr proudění krve. Speciální kontrastní látku obsahující mikrobubliny plynu o průměru 2–4 μm aplikujeme intravenózně (Heřman a kol., 2014).

U CEUS (contrast – enhanced ultrasound) vyšetření je pacientovi pouze zavedena kanylka do intravenózního vstupu pro aplikaci kontrastní látky, abychom mohli zjistit povahu zjištěných změn orgánů a tkání. Vhodnou a nejčastěji používanou kontrastní látkou je suspenze síranu barnatého ve fyziologickém roztoku (Vomáčka a kol., 2015).

2.3.3 Indikace a kontraindikace

Mezi nejčastější indikace v ultrasonografii patří oblast břicha, retro peritonea a pánve, prsa, krk, měkké tkáně končetin, kyčelní klouby a pleurální výpotky. Indikací pro vyšetření pomocí Dopplerova jevu jsou nejčastěji karotické, intrakraniální, renální a končetinové tepny. V žilním systému jsou to trombózy v pánevních nebo končetinových žilách a zobrazení portálního řečiště. Tato zobrazovací metoda se stala běžnou praxí pro vyšetření srdce – Echokardiologii.

Kontraindikace u tohoto vyšetření prakticky nejsou známé. Pouze u dopplerometrického impulzního vyšetření cév embrya a plodu v rámci prenatálního screeningu se doporučuje vyšetřovat pouze nezbytně dlouhou dobu potřebnou k získání diagnostické informace, abychom minimalizovali „termicky“ efekt DUSG na tkáň zejména embrya.

CEUS vyšetření není možno provést, pokud je pacient alergický na fluorid sírový, makrogol 4000, kolfoscerylsteárat, sodnou sůl, dipalmitoylfosfatidylglycerol nebo kyselinu palmitovou. Pokud má diagnostikován pravolevý srdeční zkrat, závažnou plicní hypertenzi, neléčený vysoký krevní tlak, těžkou arytmií, stav po infarktu myokardu, nestabilní/klidovou anginu pectoris (bolesti na hrudi), syndrom dechové tísně, dále jestli užívá dobutamin (lék závažného srdečního selhání), je-li žena těhotná. Po kontrastním ultrazvukovém vyšetření se nesmí 2–3 hodiny kojit. U pacientů do 18 let věku může být SonoVue podán jen pro vyšetření močových cest (Chudáček, 2010).

2.3.4 Rizika ultrasonografie

Ultrasonografie patří mezi bezpečné diagnostické zobrazovací metody, u nichž nám komplikace a rizika zatím nejsou známy. V indikovaných případech může lékař provést postkontrastní USG vyšetření. V takovém případě musí indikující lékař podat pacientovi informace o možných rizicích spojených s podáním KL. Pacient s aplikací KL musí souhlasit. U kojících žen, které musí podstoupit postkontrastní vyšetření, je nutné tyto ženy dopředu informovat o nutnosti odstříkat si do zásoby mateřské mléko a těsně po postkontrastním vyšetření nekojit, protože KL se částečně vylučuje i do mateřského mléka (Vomáčka a kol., 2015).

Obrázek 3: Ultrazvukový přístroj



Zdroj: Nemosok.cz

Obrázek 4: Sondy – různé typy



Zdroj: <https://pfyziolklin.upol.cz/>

2.4 Výpočetní tomografie (CT)

Výpočetní tomografie (CT) se stala prakticky dostupným vyšetřovacím postupem ve všech nemocnicích v České republice.

CT vyšetření je radiologická vyšetřovací metoda, která prostřednictvím rentgenového záření poskytuje zobrazení vnitřních orgánů člověka.

K lepšímu zobrazení anatomických struktur a orgánů nebo jejich funkce používáme jodové kontrastní látky (Heřman a kol., 2014).

2.4.1 Příprava pacienta na CT vyšetření

Před samotným vyšetřením musíme mít od pacienta podepsaný informovaný souhlas. Jedná se o dokument, ve kterém pacient stvrzuje podpisem souhlas s vyšetřením a tím i upozornění na možné komplikace a rizika spojená s vyšetřením (Ptáček a kol., 2017).

Pacient před intravenózní aplikací kontrastní látky (KL) musí nejméně 6 hodin lačnit, musíme být známa všechna jeho závažná onemocnění, alergická anamnéza a funkce ledvin. Těsně před vyšetřením je nutné si přečíst, vyplnit a podepsat informovaný souhlas pacienta s tímto vyšetřením. Při zjištění pozitivní alergické anamnézy je pacient přiměřeným způsobem premedikován. CT vyšetření se může realizovat v podobě různých modifikací dle potřeby indikujícího lékaře (např.: CT kolonoskopie, CT enteroklýza, CT vylučovací urografie, CT angiografie či intervence pod CT kontrolou (Vomáčka a kol., 2015).

2.4.2 Kontrastní látky (KL)

Kontrastní látka jodová je pacientovi aplikována intravenózně za účelem lepšího rozlišení cév od ostatních struktur a též odlišného způsobu vysycení zdravé a patologické tkáně. Intravenózně podáváme KL pomocí kanyly, která je zavedena v kubitální žíle. Podáváme ji buď ručně, nebo přetlakovým injektorem. Objem KL je určen podle druhu vyšetření a také závisí na rozsahu oblasti, kterou budeme vyšetřovat.

Kontrastní látky můžeme také použít perorálně (možno i per rectum), a to při vyšetřeních břicha a pánve. Příprava pacienta není nutná, pokud je vyšetření bez kontrastní látky (Heřman a kol., 2014).

2.4.3 Indikace a kontraindikace CT vyšetření

Indikace k vyšetření pomocí CT jsou velmi širokou skupinou a mezi nejčastější řadíme traumatické změny, vyloučení krvácení a ischemických změn mozkové tkáně, v neposlední řadě i onkologickou problematiku. Pomocí navigace CT lze provádět i intervenční výkony. Relativní kontraindikací CT vyšetření je těhotenství (Heřman a kol., 2014).

2.4.4 Rizika při CT vyšetření

V první řadě sem patří rentgenové ionizující ozáření, které je zdraví škodlivé. Celková dávka záření závisí na daném vyšetření a rozsahu vyšetřované oblasti. Dalším rizikem je možná alergická reakce na nitrožilní aplikaci jodové kontrastní látky nebo též akutní zhoršení renálních funkcí – kontrastní nefropatie. CT vyšetření se nedoporučuje u těhotných žen, a to zejména v prvním trimestru těhotenství z důvodu ohrožení plodu (Chudáček, 2010).

Obrázek 5: Výpočetní tomografie



Zdroj: Krahulík, 2019

Příloha 3 Informovaný souhlas s CT vyšetřením Nemocnice Sokolov

NEMOS SOKOLOV s.r.o.
Nemocnice Sokolov
Slovenská 545
35601 Sokolov

RADIODIAGNOSTICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE V SOKOLOVĚ INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM NA CT

Lékař, který poučení provedl:

Pacient:

Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl(a) lékařem poučen(a) o diagnostickém výkonu, který mi má být proveden

Diagnostický výkon bude probíhat takto:

Po nativním vyšetření dle posouzení lékaře může být pokračováno podání kontrastní látky do žil a dalším snímkováním.

Byl(a) jsem dále poučen(a), že podání kontrastní látky do žíly má následující rizika:

U některých pacientů může vyvolat alergickou reakci, většinou lehkou, projevující se kopřivkou, pocitem tepla či nucením na zvracení. Ve výjimečných případech může dojít k těžké alergické reakci, která vyžaduje intenzivní léčbu s hospitalizací.

Prohlašuji a svým dále uvedeným podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že shora uvedenému poučení jsem plně porozuměl a souhlasím s provedením výše uvedeného diagnostického výkonu.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadující neodkladné provedení dalších zákroků k záchraně mého života nebo zdraví, tímto souhlasím s provedením veškerých potřebných výkonů.

V Sokolově dne

Podpis lékaře, který poučení provedl.....

Vlastnoruční podpis pacienta.....

2.5 Magnetická rezonance (MR)

Magnetická rezonance se zakládá na principu odlišném od ostatních diagnostických metod v radiologii. Pacient je umístěn do silného magnetického pole, dochází k vyslání krátkého radiofrekvenčního impulzu do těla pacienta a po jeho skončení je identifikován signál, který je tvořen jádry atomů vodíku v těle pacienta.

K vyšetřovaným částem těla jsou přikládány povrchové cívky (cívka krční, hlavová, ramenní atd.), které přijímají signály z vyšetřované tkáně. Tento naměřený signál se potom využívá k rekonstrukci obrazu. Velice vhodná je k zobrazení měkkých tkání jednotlivých orgánů a patologických změn (Heřman a kol., 2014).

2.5.1 Příprava pacienta na MR vyšetření

Před samotným vyšetřením musíme mít od pacienta podepsaný informovaný souhlas. Jedná se o dokument, ve kterém pacient stvrzuje podpisem souhlas s vyšetřením a tím i upozornění na možné komplikace a rizika spojená s vyšetřením (Ptáček a kol., 2017).

Příprava pacienta před vyšetřením na magnetické rezonanci spočívá v zjištění pečlivě anamnézy (zdravotního stavu pacienta) a také toho, zda nejsou v těle přítomny kovové předměty. Dále je nutné si důkladně přečíst a podepsat rozsáhlý informační formulář, v němž jsou zdůrazněna možná rizika a kontraindikace při provedení vyšetření MR. Klaustrofobní pacienti by měli mít doporučenou vhodnou premedikaci nebo provedení vyšetření ve spolupráci s anesteziologem. Vyšetření vyžaduje klidné ležení, u některých pacientů je nutná spolupráce se zadržením dechu při vyšetření. Je doporučeno, aby se pacient dostavil na vyšetření v nemocniční košili, bez kovových zipů a patentů, protože tyto kovové věci mohou vytvářet artefakty v obraze stejně jako pohyb pacienta. Vzhledem k velkému hluku, který magnetická rezonance vydává, nabíjíme pacientovi ucpávky do uší a sluchátka.

Pacient je uložen na vyšetřovací stůl, který se zaveze spolu s pacientem do gantry. Důležité je, aby vyšetřovaná oblast byla uprostřed gantry. Doba vyšetření se pohybuje v rozmezí 10–50 minut podle druhu vyšetření a zvolených sekvencí. Důležitá je dobrá fixace pacienta, aby nedocházelo k pohybovým artefaktům (Seidl a kol., 2012).

Podle indikace lékaře mohou být použity různé modifikace MR vyšetření (např. MRCP, enteroklýza, urografie...).

2.5.2 Kontrastní látky pro MR

Pro MR vyšetření se používají paramagnetické KL obsahující nejčastěji sloučeniny gadolinia (GdKL), vzácně manganu či železa. Riziko vzniku alergické reakce a kontrastní nefropatie na tyto látky je velice nízké (Radiologická společnost ČLS JEP, 2021).

2.5.3 Indikace a kontraindikace

Magnetická rezonance má oproti jiným vyšetřením v radiodiagnostice obrovskou výhodou, jedná se o metodu nevyužívající ionizující záření, proto je toto vyšetření vhodné u dětí a pacientů v reprodukčním věku, kde se snažíme eliminovat ionizační postižení. Mezi nejčastější indikace patří zobrazení onemocnění mozku, páteře a míchy. Následující indikační skupinu tvoří vyšetření muskuloskeletálního aparátu – klouby, šlachy, vazy, chrupavky, menisky, infekce kostní tkáně a nádorů. Dalším častým vyšetřením je břišní a pánevní oblast a diagnostika chorob srdce (Heřman a kol., 2014).

Kontraindikace vyšetření dělíme na absolutní a relativní:

Absolutní kontraindikace – kardiostimulátor nebo ICD (defibrilátor) MR nekompatibilní, elektronicky řízené implantáty a aneurymatické cévní svorky (pokud nemají doloženou MR kompatibilitu ne starší než 3 dny), cizí tělesa z jiného než prokazatelně nemagnetického kovu (Radiologická společnost ČLS JEP, 2021).

Relativní kontraindikace – kovová cizí tělesa, klaustrofobie, TEP, stenty, žilní filtry, svorky atd. do 6 týdnů po implantaci, první trimestr těhotenství (Vomáčka a kol., 2015).

2.5.4 Rizika u MR

Kontrastní látka na MR obsahující gadolinium (GdKL) je bezpečná, s nízkým rizikem vzniku alergických reakcí a kontrastní nefropatie. Po podání GdKL u pacientů s významnou renální insuficiencí (VRI) může vzniknout vzácné smrtelné onemocnění nefrogenní systémová fibróza (NSF)). Nedoporučuje se podání GdKL v těhotenství, je považováno za kontraindikaci. Proto lze kontrastní látku aplikovat jen v ohrožení života. Kojící žena po aplikaci KL by měla přerušit kojení na dobu 24 hodin (Radiologická společnost ČLS JEP, 2021).

Obrázek 6: Magnetická rezonance



Zdroj: Veri, 2009

Příloha 4 Informovaný souhlas s MR vyšetřením Nemocnice Sokolov

NEMOS SOKOLOV s.r.o.
Nemocnice Sokolov
Slovenská 545
35601 Sokolov

RADIODIAGNOSTICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE V SOKOLOVĚ INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM NA **MAGNETICKÉ REZONANCI**

Jméno a příjmení: nar.:

Vážená paní, vážený pane,
v průběhu vyšetření na našem pracovišti se budete nacházet v silném magnetickém poli a současně vystaven/a vysokofrekvenčním impulzům.

MÁTE-LI KARDIOSTIMULÁTOR, NESMÍTE BÝT V ŽÁDNÉM PŘÍPADĚ VYŠETŘEN/A MAGNETICKOU REZONANCÍ!

Velmi pečlivě vyplňte tento dotazník a označte kroužkem, zda jsou ve Vašem těle následující kovové přístroje nebo kovové části:

- | | | |
|---|-----|----|
| • KARDIOSTIMULÁTOR | ANO | NE |
| • Kovové svorky po operaci mozku či cév | ANO | NE |
| • Kovové kloubní náhrady | ANO | NE |
| • Srdeční chlopně | ANO | NE |
| • Kochleární (ušní) implantát | ANO | NE |
| • Kovové střeptiny v oku nebo jinde | ANO | NE |
| • Stenty (výztuže cév) | ANO | NE |
| • Jiné (popište) | | |

Pokud jste označil/a u některé možnosti ANO, ihned na to upozorněte personál Magnetické rezonance. Stejně tak pokud jste těhotná.

Než vstoupíte do vyšetřovny odložte si v kabině hodinky, šperky, vlásenky, naslouchadla, brýle, zubní protézy a z kapes si vyndejte drobné kovové mince, klíče, mobilní telefon, platební karty, apod.

Vyšetření se provádí v několika sériích a trvá 30-60 minut, není bolestivé a doprovází ho silný hluk. Během vyšetření je velice důležité vydržet v klidu a nehýbat se. V některých případech je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky, o níž rozhodne lékař. Alergická reakce na tento druh kontrastní látky je velice vzácná.

Prohlašuji, že nemám kardiostimulátor, rozumím poučení a v případě potřeby souhlasím s aplikací kontrastní látky.

V Sokolově dne: Podpis pacienta:

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce

Zjistit, zda jsou pacienti dostatečně a srozumitelně informováni před radiodiagnostickým vyšetřením v Nemocnici Sokolov.

3.2 Hypotézy

H1 Domnívám se, že je informovanost před radiodiagnostickým vyšetřením dostatečná.

H2 Předpokládám, že minimálně 60 pacientů (86 %) je seznámeno s průběhem vyšetření ošetřujícím lékařem.

H3 Domnívám se, že minimálně pro 65 pacientů (93 %) jsou poskytnuté informace srozumitelné.

3.3 Použité metody a techniky sběru dat

V této práci jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumného šetření v podobě anonymního dotazníku. Otázky byly formulovány tak, abych zjistila, jaký mají přehled pacienti o informovaném souhlasu před zákrokem. Dotazník obsahoval 9 otázek. Položka 1 a 2 se zaměřují na pohlaví respondentů a z jakého prostředí přicházejí na vyšetření. Další položky se zabývají zjištěním povědomí respondentů o informovaném souhlasu, zda získali dostatečné informace o plánovaném vyšetření a jakou formou.

Dotazník informovanosti byl předložen 70 pacientům.

1. Přicházíte jako pacient:

- a) ambulantní
- b) hospitalizovaný

2. Jaké je Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

3. Víte, co znamená informovaný souhlas:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

4. Patříte do věkové skupiny:
- a) 18–40 let
 - b) 40–60 let
 - c) 60 a více let
5. Kdo Vás informoval o průběhu vyšetření:
- a) lékař – radiolog
 - b) radiologický asistent
 - c) ošetřující lékař
 - d) nikdo
6. Forma podaných informací byla:
- a) ústní
 - b) písemná
 - c) ústní i písemná
7. Byly Vám podány informace formou:
- a) srozumitelnou
 - b) částečně srozumitelnou
 - c) nesrozumitelnou
8. Poskytnuté informace jsou pro Vás:
- a) vyhovující
 - b) částečně vyhovující
 - c) nevhovující
9. Myslíte si, že informovaný souhlas v České republice dostatečně funguje:
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

Tento kvantitativní výzkum má zjistit, zda mají pacienti, kteří absolvovali CT a MR vyšetření, dostatečné informace o informovaném souhlasu. Základní soubor je tvořen 70 respondenty, kteří absolvovali CT a MR vyšetření v Nemocnici Sokolov. Skladba respondentů byla členěna na skupinu pacientů přicházejících z ambulantního sektoru a skupinu pacientů hospitalizovaných. V příloze 1 až 6 jsou pro srovnání uvedeny vzory dokumentů pro informovaný souhlas Nemocnice s poliklinikou Spišská Nová Ves, Nemocnice Sokolov, Nemocnice Alfamedia s.r.o. Trenčín a Fakultní nemocnice Plzeň.

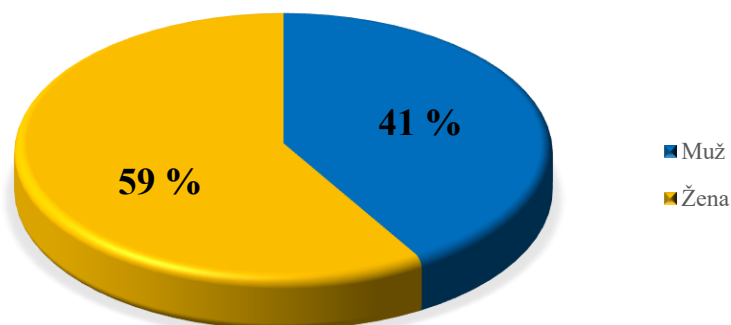
3.5 Etika výzkumu

Všichni respondenti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, byli seznámeni s tématem výzkumu a byli ubezpečeni, že získané informace slouží pouze pro účely tohoto výzkumu. Následně byli respondenti informováni o anonymitě daného výzkumu.

3.6 Výsledky výzkumného šetření

1) Pohlaví respondentů

Graf 1: Pohlaví respondentů

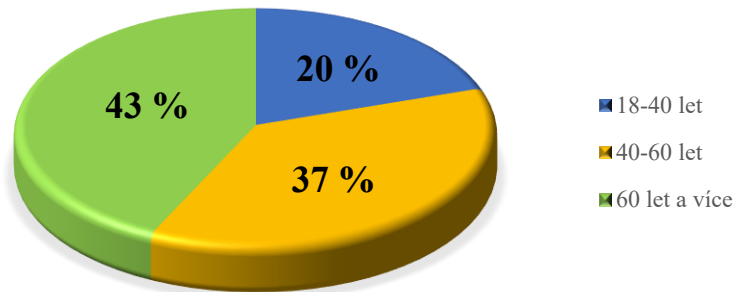


Zdroj: vlastní

Graf 1 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) se výzkumného šetření zúčastnilo 29 mužů (41 %) a 41 žen (59 %).

2) Věková kategorie respondentů

Graf 2: Věk

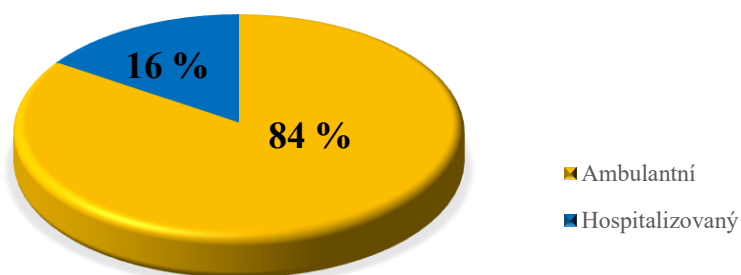


Zdroj: vlastní

Graf 2 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) se výzkumného šetření zúčastnilo 14 respondentů (20 %) ve věkové kategorii 18–40 let, 26 respondentů (37 %) ve věku 40–60 let a 30 respondentů (43 %) ve věku 60 let a více.

3) Přicházíte na vyšetření jako ambulantní pacient, nebo jste hospitalizovaný?

Graf 3: Ambulantní pacient či hospitalizovaný

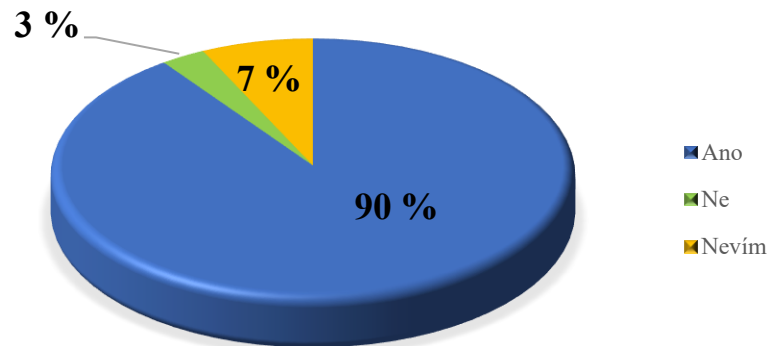


Zdroj: vlastní

Graf 3 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) se výzkumného šetření zúčastnilo 59 respondentů (84 %) ambulantních a 11 respondentů (16 %) bylo hospitalizovaných.

4) Víte, co znamená informovaný souhlas?

Graf 4: Informovaný souhlas

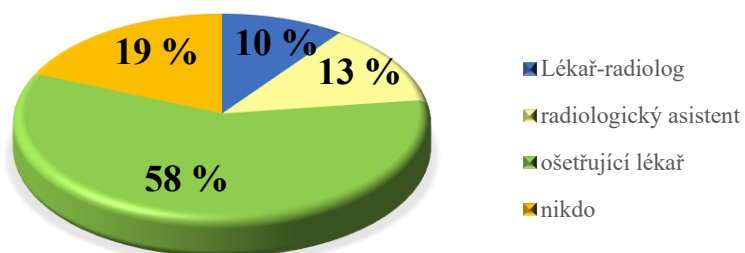


Zdroj: vlastní

Graf 4 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) zná informovaný souhlas 63 respondentů (90 %), 2 respondenti (3 %) nevědí, co znamená informovaný souhlas, a 5 respondentů (7 %) odpovědělo „nevím“.

5) Kdo Vás informoval o průběhu vyšetření?

Graf 5: Kdo Vás informoval o průběhu vyšetření

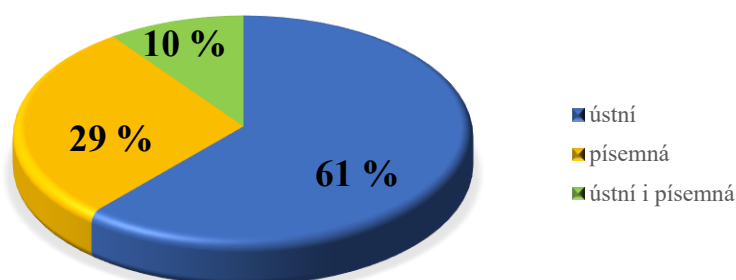


Zdroj: vlastní

Graf č. 5 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) bylo 7 respondentů (10 %) informováno o průběhu vyšetření lékařem-radiologem, 9 respondentů (13 %) uvedlo radiologického asistenta, 41 respondentů (58 %) ošetřujícího lékaře a 13 (19 %) respondentům nikdo informace o vyšetření nepodal.

6) Forma podání informací o vyšetření?

Graf 6: Forma podání informací o vyšetření

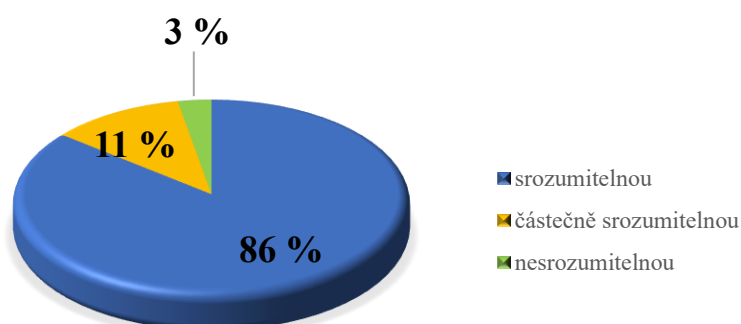


Zdroj: vlastní

Graf č. 6 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) bylo 43 respondentů (61 %) informováno ústní formou, písennou formou uvedlo 20 respondentů (29 %) a formu ústní a písennou označilo 7 respondentů (10 %).

7) Byly Vám podány informace formou?

Graf 7: Forma podání informací

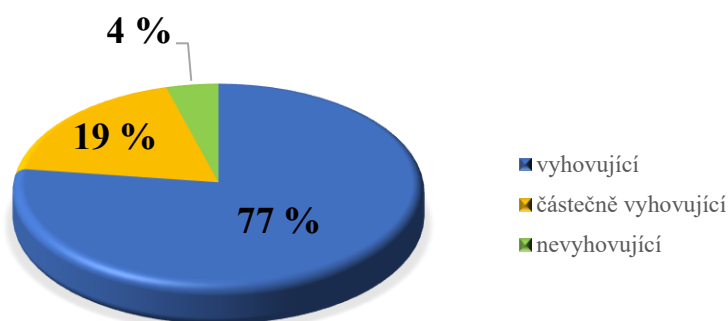


Zdroj: vlastní

Graf č. 7 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) uvedlo 60 respondentů (86 %), že jim byly informace podány srozumitelnou formou, pro 8 respondentů (11 %) byly informace částečně srozumitelné a pro 2 respondenty (3 %) byly informace nesrozumitelné.

8) Srozumitelnost podaných informací.

Graf 8: Srozumitelnost podaných informací

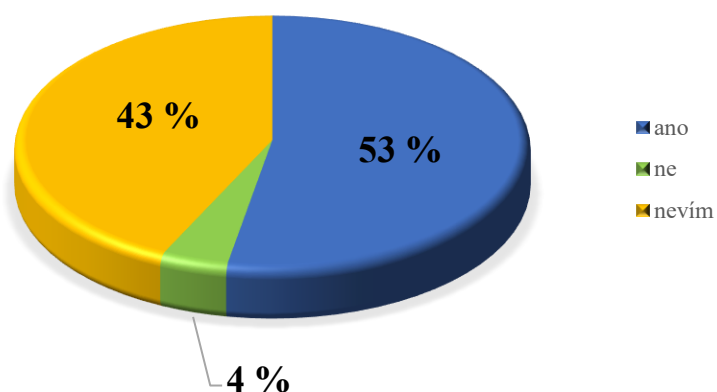


Zdroj: vlastní

Graf č. 8 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) uvedlo 54 respondentů (77 %), že poskytnuté informace jsou vyhovující, pro 13 respondentů (19 %) byly informace částečně vyhovující a pro 3 respondenty byly informace nevyhovující.

9) Myslíte si, že informovaný souhlas v České republice dostatečně funguje?

Graf 9: Funguje v ČR dostatečně informovaný souhlas



Zdroj: vlastní

Graf č. 9 Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) se domnívá 37 respondentů (53 %), že informovaný souhlas v České republice dostatečně funguje, 3 respondenti (4 %) jsou toho názoru, že informovaný souhlas v naší republice nefunguje, a 30 respondentů (43 %) odpovědělo „nevím“.

4 DISKUZE

Při poskytování zdravotní péče mají všichni pacienti právo na zajištění práv a lidských svobod, které jsou součástí právního systému v České republice, a to v Ústavě ČR a v Listině základních práv a svobod. V posledních letech je tato problematika řešena vyhláškou MZCR o zdravotnické dokumentaci. Souhlas s lékařským výkonem je charakterizován v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, kde je uvedeno, že jakýkoliv výkon realizovaný v oblasti péče o zdraví lze provést pouze v případě, že daný jedinec s ním svobodně souhlasil a podepsal informovaný souhlas.

Dle daného vymezení plyne, že informovaný souhlas musí být udělen před výkonem. U obvyklých radiologických vyšetření dává pacient souhlas před vyšetřením. Pokud se jedná o náročnější vyšetření, kde jsou možná i rizika, má pacient i několik dní na to, aby si vše promyslel a teprve potom podepsal formulář. Pacient musí mít dostatečné informace o charakteru výkonu, jeho následcích a rizicích. Vztah lékaře a pacienta by měl zahrnovat též důvěru. Pokud pacient podstoupí výkon, který by za jiných podmínek neabsolvoval, kdyby měl o něm dostatečné informace, může utrpět tento jedinec újmu. Pravdou je, že nemocný navštíví lékaře s tím, že má zdravotní problém a lékař mu pomůže. Rovněž očekává, že bude dostatečně vyrozuměn o všech léčebných postupech, které povedou k jeho vyléčení. Zcela klíčové je, zda pacient danou informaci přijal a pochopil. Účelem informovaného souhlasu není udělat z pacientů odborníky na dané onemocnění, ale podat jim dostatek informací, než se rozhodnou pro daný výkon. Pacient by měl mít informace o tom, proč musí být zákrok proveden, zda lze výkon odložit, měl by znát eventuální rizika odkladu, též je nezbytné pacienta seznámit s důsledky, jako je např. pracovní neschopnost či rehabilitace. Důležité je, aby si lékař ověřil, zda pacient podaným informacím rozumí. Pokud lékař pacienta seznamuje s výkonem, je důležité též brát zřetel na schopnosti pacienta informacím porozumět. Vše se odvíjí od výše intelektu daného jedince a jeho vzdělání. Většina lékařů využívá zpětné vazby a ptá se, zda pacient všemu porozuměl. V ambulantní sféře je výhodou, že si pacient vezme informovaný souhlas domů a v klidu si ho prostuduje. Bohužel u hospitalizovaných pacientů bývá problémem časová tíseň.

V případě nezletilých osob, osob zbavených právní způsobilosti nebo osob s omezenou právní způsobilostí musí být zajištěno písemným souhlasem, že veškeré údaje byly dostatečně a přiměřeně poskytnuty jak zákonnému zástupci pacienta, tak i samotnému pacientovi. Informovaný souhlas pak stvrdí zákonný zástupce pacienta svým podpisem. Pokud zákonný zástupce s předloženými údaji nesouhlasí, opatří se souhlas jménem, popřípadě jmény a podpisem svědka, který byl u odmítnutí přítomen. Uvedeny musí být také důvody, proč zákonný zástupce pacienta nepodepsal informovaný souhlas (Česko, 2006).

V situaci, kdy pacient není schopen sám potvrdit informovaný souhlas, jelikož jeho zdravotní stav to neumožňuje, lze souhlas udělit alternativním způsobem, např. zakýváním hlavou, mrkáním apod. za přítomnosti svědka, který svým podpisem potvrdí, že souhlas byl pacientem takto udělen. V případě, kdy je pacient v bezvědomí nebo kdy jeho stav vyžaduje okamžitý zákrok, může být zákrok proveden bez souhlasu pacienta v daném okamžiku (Mach, 2006). Jakmile pomine bezprostřední ohrožení pacienta, je nutné ho informovat a seznámit s informovaným souhlasem dodatečně (Doležal, Doležal, 2007).

Zajímavé je porovnání náležitostí informovaného souhlasu s MR v ČR a SR. Byly porovnány informované souhlasy Nemocnice Sokolov a Nemocnice s poliklinikou Spišská Nová Ves, a. s. (Příloha 4 a Příloha 5). Z mého pohledu je informovaný souhlas Nemocnice s poliklinikou Spišská Nová Ves propracovanější a podrobnější. V první části jsou pacienti dotazováni na hmotnost, zda již někdy absolvovali MR vyšetření, dále informace týkající se zdravotního stavu a anamnézy pacienta jsou podrobnější než v informovaném souhlasu Nemocnice Sokolov. Pacient je potom velmi srozumitelně seznámen se všemi kroky vyšetření. Pokud porovnáme tyto dva informované souhlasy, určitě se přikláním k informovanému souhlasu ze SR, kde je vše srozumitelné, jasné a podrobně vysvětlené.

Následně jsem porovnála informované souhlasy s CT vyšetřením Nemocnice Sokolov a Alfamedia s.r.o., pracoviště CT Trenčín (Příloha 3 a Příloha 6). Opět se přikláním k informovanému souhlasu spol. Alfamedia Trenčín, jelikož má dokument sestaven tak, že je vše jasné a přehledné, pacienti pouze křížkují odpovědi. Informovaný souhlas Nemocnice Sokolov považuji za dost strohý, nejsou tam informace o zdravotním stavu pacienta.

Pro srovnání s jinou českou nemocnicí jsem dále použila Informovaný souhlas Nemocnice Plzeň, a to pro vyšetření CT a screeningové mamografie (Příloha 7 a Příloha 8). Tyto formuláře dle mého mají všechny požadované náležitosti, jsou napsané srozumitelně. První část obsahuje informace týkající se pacienta, pak následují informace zaměřené na vlastní vyšetření, důvod jeho provedení a vlastní přípravu před vyšetřením. Formulář také obsahuje stručný popis průběhu vyšetření a rizika s ním spojená. Neméně důležité jsou také informace spojené s komplikacemi po vyšetření. Ty mohou nastat a pacient je o nich tak dopředu informován. Závěr obsahuje prohlášení pacienta nebo zákonného zástupce o seznámení se s patřičnými informacemi. Dokument obsahuje také posouzení způsobilosti, důležité při vyšetření nezletilého dítěte nebo pacienta s omezenou svéprávností. Poslední část dokumentu je věnována případu, kdy pacient není schopen dokument podepsat, protože mu to současný stav neumožňuje. Uvedeny jsou údaje, proč pacient není schopen dokument podepsat, a podpis svědka, který byl přítomen při předávání informací pacientovi a jasně viděl, že pacient byl řádně informován a s vyšetřením souhlasil. Poslední část je věnována situaci, kdy pacient nebo zákonný zástupce odmítl souhlas podepsat. Je to podrobný formulář zahrnující všechny možnosti, které mohou nastat.

Z respondentů účastnících se výzkumného šetření bylo 41 žen a 29 mužů. Nejvíce zastoupena byla věková kategorie respondentů ve věku 40–60 let, a to 30 respondentů.

Další položkou dotazníku bylo zjištění, z jakého prostředí respondenti přicházejí. Nejvíce respondentů (59) bylo z prostředí ambulantního a 11 respondentů bylo hospitalizovaných. Dle mého názoru, pokud porovnáme informovanost pacientů z ambulantní složky a hospitalizovaných, mají pacienti z ambulantních složek více informací než hospitalizovaní. Domníváme se, že ve zdravotnickém zařízení nemají lékaři dostatek času na to, aby informovali pacienta o vyšetření, a ve většině případů tento úkol přenechají sestřím.

Důležité je, aby pacient věděl, co informovaný souhlas je a co obsahuje. Znalosti o informovaném souhlasu má 63 dotazovaných respondentů, což nás mile překvapilo. Pravdou je, že tato problematika je často medializována ve spojitosti s právy pacientů. Každý pacient má před plánovaným vyšetřením právo na dostatečné informace a dostatek času na zhodnocení, zda s informovaným souhlasem bude souhlasit a podepíše ho, nebo ne.

Právě proto je důležité, aby indikující lékař pacienta seznámil se samotným vyšetřením a vysvětlil mu, co vše obnáší dané vyšetření. Na základě vyhodnocení dotazníků jsme zjistili, že nejvíce, a to 41 respondentů, bylo informováno ošetřujícím lékařem a v 7 případech získali respondenti informace od lékaře-radiologa.

Dalším důležitým faktorem je způsob podání informací. Pacienta musíme považovat za laika a dle toho mu vše vysvětlit, aby pochopil, co vše vyšetření zahrnuje. Jako nejčastější formu podání informací uvedlo 43 respondentů ústní formu. V takovém případě mají pacienti možnost se zeptat na to, co jim není jasné. Písemná forma není dle našeho mínění tak srozumitelná pro všechny pacienty, jelikož nemusí rozumět všemu, co je v informovaném souhlasu uvedeno. Na základě toho se nemůže objektivně rozhodnout.

Respondenti byli dotázáni, jako formou získali informace. U 60 respondentů bylo potvrzeno, že se jednalo o srozumitelnou formu a všemu porozuměli. V poslední otázce jsme chtěli od respondentů zjistit, zda se domnívají, že v ČR informovaný souhlas dostatečně funguje. Toto potvrdilo 37 respondentů a 30 respondentů odpovědělo „nevím“. Předpokládám, že ve většině případů je informovaný souhlas součástí každého vyšetření.

Jak uvádí Mach, pacient by měl získat informace o „*účelu a povaze péče, která mu bude poskytována, a každého jednotlivého zákroku a výkonu, o způsobu poskytování této péče a způsobu provedení jednotlivých zákroků a výkonů, o případných důsledcích výkonu pro zdraví, obvyklý způsob života, pracovní schopnost apod., o rizicích příslušného lékařského zákroku, o tom, zda zákrok má nějaké jiné, reálné alternativy, případně jaké, a jaké jsou výhody a nevýhody jednotlivých alternativ dalšího postupu léčby, o potřebném léčebném režimu po zákroku*“ (Mach, 2006, s. 119).

Domnívám se, že by se lékař měl umět vcítit do role pacienta a uvědomit si, jakým způsobem by měla probíhat komunikace s ním. Při empatickém přístupu bude probíhat komunikace efektivněji. Bohužel nadměrná administrativa a vytíženost lékařů má za následek, že někdy dochází k nedorozuměním, což může vést ke stížnosti.

Lékař musí umět volit vhodná slova, aby pacientovi nezpůsobil psychickou újmu. V současné době se nesouměrnost mezi lékaři a pacienty zmenšuje. Toto je ovlivněno stoupající vzdělaností laické veřejnosti, která má možnost čerpat informace z internetu.

Zásadní podmínkou informovaného souhlasu je, aby byl srozumitelný pro pacienta. Pacient tak vidí, že je o něj dobře postaráno, a ví, na koho se v případě potřeby obrátit.

4.1 Vyhodnocení hypotéz

H1 Domnívám se, že je informovanost před radiodiagnostickým vyšetřením dostatečná.

Na základě vyhodnocení odpovědí výzkumného šetření bylo zjištěno, že 50 respondentů (71 %) považuje informovanost za dostatečnou. Jelikož celkový počet respondentů byl 70, hypotéza byla potvrzena.

H2 Předpokládáme, že minimálně 60 pacientů je seznámeno s průběhem vyšetření ošetřujícím lékařem.

Na základě vyhodnocení odpovědí výzkumného šetření bylo 41 respondentů (59 %) seznámeno s průběhem vyšetření ošetřujícím lékařem. Tímto se hypotéza nepotvrdila.

H3 Domnívám se, že minimálně pro 65 pacientů jsou poskytnuté informace srozumitelné.

Na základě vyhodnocení odpovědí výzkumného šetření se ukázalo, že 60 respondentů (86 %) považuje poskytnuté informace za srozumitelné. Tímto se hypotéza potvrdila.

ZÁVĚR

Obor radiodiagnostiky má dynamický vývoj. Dochází k neustálému zdokonalení všech vyšetření a výkonů, čímž jsou kladeny i vyšší nároky na pacienty. Jelikož je legislativně určeno, že každý pacient musí být před daným vyšetřením poučen, je nezbytné, aby si pacient mohl dané informace v klidu vyhodnotit. Vhodná by byla kombinace ústní a písemné formy.

Pokud je pacient poučen v ordinaci lékaře, při příchodu domů si již mnoho informací nepamatuje, protože na něj působilo více faktorů jako např. stres, a díky formuláři si vše může ještě jednou v klidu přečíst. Praktická část je vyhodnocena na základě dotazníku, který jsem pro respondenty sestavila, a zahrnoval otázky, jež nám poskytly informace o tom, zda se respondenti orientují v této problematice. Následně jsem vyhodnotila informované souhlasy Nemocnice Sokolov a Nemocnice ve Spišské Nové Vsi, Nemocnice Trenčín a Nemocnice Plzeň. Tyto informované souhlasy jsou po formální stránce nejednotné. Informativní dotazník Nemocnice Sokolov je dle mého názoru nedostatečný, a to především z pohledu pacienta. Ve srovnání s ostatními dotazníky je velmi jednoduchý a chudý na informace. V dotazníku mi například chybí vysvětlení průběhu vyšetření, což z pohledu pacienta považuji za velice důležitou informaci. Dotazník vůbec nepočítá s alternativou, kdy pacient sám není schopen podepsat a pochopit informovaný souhlas. Dotazník z nemocnice Trenčín je také velice stručný. Předpokládá se, že všechny informace jsou pacientovi vysvětleny ústně. Domnívám se, že informovaný souhlas Nemocnice s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s. a dotazník Nemocnice Plzeň jasně a srozumitelně seznamuje pacienty s vyšetřením. Z výzkumného šetření též vyplývá, že úroveň znalostí pacientů je dostatečná.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČESKO, 2006. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 385 ze dne 21. července 2006 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 122.

ČESKO, 2012. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 98 ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 39.

DOLEŽAL, T. a A. DOLEŽAL, 2007. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Linde. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6

DOLEŽAL, T., 2011. Informovaný souhlas?! Mýtus nebo realita. In: HUMERNÍK, I. *Informovaný súhlas a inštitut predchádzajúceho priania*. Bratislava: ELSA, s. 39–50. ISBN 978-80-89447-61-9.

HANUŠ, T. a P. MACEK, 2015. *Urologie pro mediky*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3008-3.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

HEŘMAN, M. a kol., 2014. *Základy radiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 314 s. ISBN 978-80-244-2901-4.

KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén. 531 s. ISBN 978-807-2626-267.

KOPULETÁ, L. a M. KOTZMUNDOVÁ, 2006. Cholangiopankreatikografie magnetickou rezonancí. *Praktická radiologie*. Roč. 11, č. 2, s. 16-18. ISSN 1211-5053.

KRAHULÍK, D., 2019. *Dětská neurochirurgie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2527-2.

MACH, J., 2006. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.

MALÍKOVÁ, H. a kol., 2019. *Základy radiologie a zobrazovacích metod*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 156 s. ISBN 978-80-246-4036-5.

PTÁČEK, R. a kol., 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vyd. Praha: Galén. 327 s. ISBN 978-80-7492-334-0.

SEIDL, Zdeněk a kol., 2012. *Radiologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 372 s. ISBN 978-80-247-4108-6.

SNĚHOTOVÁ, M., 2014. Příprava pacienta před RDG vyšetřením. *Sestra*. Roč. 24, č. 2, s. 32-34. ISSN 1210-0404.

VÁLEK, V. A., 2000. Akutní intervence GIT a žlučových cest. *Česká radiologie*. Roč. 54 (suppl. 1), s. 146-149. ISSN 1210-7883.

VOMÁČKA, J. a kol., 2015. *Zobrazovací metody pro radiologické asistenty*. 2. dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 157 s. ISBN 978-80-244-4508-3.

Elektronické zdroje

CZECH NEWS CENTER, 2021. Biopsie. *Mojezdрави.cz* [online]. © 2021 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <https://www.mojezdрави.cz/vysetreni/biopsie-3086.html>

CHUDÁČEK, M., 2010. HRCT plic - technika vyšetření, CT anatomie, základní typy patologických nálezů. *Medicína pro praxi*. Roč. 7, č. 6–7, s. 299–303. ISSN 1214-8687.

RADIOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2021. Dokumenty. *Crs.cz* [online]. © 2021 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <http://www.crs.cz/cs/dokumenty.html>

STUDIO FORBIO, 2021. CT vyšetření ledvin. *Forbio.cz* [online]. © 2021 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <http://www.forbio.cz/vysetreni/ct-vysetreni-ledvin.htm>

VERI, 2009. Magnetická rezonance možná pomůže v prevenci srdečního infarktu. In: *Kardiochirurgie.cz* [online]. © 2009 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <https://www.kardiochirurgie.cz/novinky/magneticka-rezonance-mozna-pomuze-v-prevenci-srdecniho-infarktu-567>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informovaný souhlas s perimyelogií Nemocnice Plzeň

Příloha 2 Informovaný souhlas s PTC/PTD Nemocnice Plzeň

Příloha 3 Informovaný souhlas s CT vyšetřením Nemocnice Sokolov

Příloha 4 Informovaný souhlas s MR vyšetřením Nemocnice Sokolov

Příloha 5 Informovaný souhlas s MR vyšetřením Nemocnice s poliklinikou Spišská Nová Ves.

Příloha 6 Informovaný souhlas s CT vyšetřením a Alfamedia s.r.o. Trenčín

Příloha 7 Informovaný souhlas s CT vyšetřením Nemocnice Plzeň

Příloha 8 Informovaný souhlas screeningová mamografie Nemocnice Plzeň

Příloha 9 Žádost o průzkumné šetření a pořizování informovaných souhlasů

Příloha 1 Informovaný souhlas s perimyelogafií Nemocnice Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Locholín
ICO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PERIMYELOGRAFIE

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení
Rodné číslo (číslo pojištěnce): / Kód ZP:
Bydliště:
Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)
Narozen/a: Bydliště:
(liši-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař provedení speciálního RTG (rentgenového) vyšetření - perimyelografie.

Důvod vyšetření

Perimyelografie je diagnostická metoda, při které se zjišťují změny v páteřním kanálu pomocí kontrastní (na rentgenovém snímku viditelné) látky.

Příprava před vyšetřením

K vyšetření se dostavte nalačno nejméně 4 hodiny před vyšetřením pouze malé množství tekutiny, ne kávu a alkohol). Další nutná příprava pak bude provedena v den vyšetření dle pokynů vyšetřujícího lékaře (radiologa).

V případě, že trpíte alergií (přecitlivělostí) na jakékoli látky (včetně pylové alergie či bodnutí hmyzem), upozorněte na to předem Vašeho ošetřujícího lékaře i personál RTG pracoviště. Velmi důležité je informovat ošetřujícího lékaře i personál RTG pracoviště, zda jste v minulosti neprodělal/a alergickou reakci na nitrožilní podání jodové kontrastní látky, a to nejen při RTG vyšetření, ale i při vyšetření cév (angiografie a flebografie) nebo ledvin (vylučovací urografie). Informujte také o případné kožní reakci na **dezinfekční přípravky s obsahem jódu**.

Dále sdělte personálu RTG pracoviště, zda trpíte poruchou funkce ledvin, bronchiálním astmatem či zeleným očním zákalem.

Na základě informací od Vás a Vašeho ošetřujícího lékaře radiolog zváží nutnost nitrožilního podání kontrastní látky, případně doporučí preventivní podání léků k vyloučení možných komplikací spojených s nitrožilním podáním kontrastní látky.

Průběh vyšetření

První část vyšetření probíhá vsedě. Lékař provede lumbální punkci (vpich do kanálu páteřního v místě pod ukončením míchy – pod druhým bederním obratlem) nebo punkci kanálu krční páteře. Pokud je nutné, lékař odebere vzorek mozkomíšního moku. Poté bude jehlou podána kontrastní látka a následně bude jehla vytáhena. Další část vyšetření probíhá vleže na vyšetřovacím stole.

Pomocí skiaskopie (pomocí rentgenového přístroje) se z několika úhlů zhotoví RTG dokumentace.

Rizika a možné komplikace výkonu

Případnou závažnou komplikací jsou projevy tzv. alergické reakce, ke kterým může dojít, přestože jste se s nimi ještě nesetkal/a a byl/a jste již jodovou kontrastní látkou vyšetřován/a. Při podávání moderních kontrastních látek, však k závažnějším komplikacím dochází výjimečně. Rozpoznání i způsob léčby těchto komplikací závisí na závažnosti alergické reakce a personál RTG pracoviště je na ně připraven.

Chování po výkonu, možná omezení

Po výkonu je doporučeno setrvat nejméně 6 hodin vpolosedě.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**

Edvarda Beneše 13, 305 09 Plzeň - Bory
alej Svobody 50, 304 00 Plzeň - Lochotín
IČO 0069806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni 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).

Souhlasím s podáním jodové kontrastní látky: ANO NE

Souhlasím s podáním radiofarmaka a byl/a jsem poučen/a o možných rizicích jeho podání: ANO NE

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 SVĚPRÁVNOSTÍ 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.

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

..... jmenovka (tiskovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukována, publikována a šířena žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
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) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/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)

Příloha 2 Informovaný souhlas s PTC/PTD Nemocnice Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Radiodiagnostické oddělení
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 50 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PTC/PTD

PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE/DRENÁŽ

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / 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,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) vyžaduje provedení vyšetření žlučových cest - perkutánní cholangiografie (dále PTC) a v převážné většině případů navazující drenáže žlučových cest (dále PTD). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Důvod Vám byl sdělen indikujícím lékařem při návrhu vyšetření.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost), a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Příprava k výkonu

Při výkonu je nepřipustné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat na lůžkovém oddělení šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla.

Před vyšetřením s podáním jodové kontrastní látky u Vás **musí být provedena příprava podáním léků**. Většinou jde u dospělého o dvě tablety Dithiadenu, které spolknete hodinu před vyšetřením, nebo Vám bude podán Dithiaden injekčně do svalu těsně před výkonem. Tuto dobu je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál AG pracoviště! V některých případech (dětský pacient, vícečetná alergie u pacienta, alergie na jód atp.) o změně této přípravy rozhodne indikující lékař, nebo specialista podle daného medicínského problému.

Před vyšetřením s podáním kontrastní látky je nutno 6 hodin lačnit. Tekutiny lze požit ještě do 2 hodin před výkonem. Pokud jste si vědom/a, že jste tuto dobu nedodržel/a, nebojte se upozornit včas personál AG pracoviště, aby nedošlo k ohrožení vašeho zdraví nebo života. Je nutné požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou na AG pracoviště), nerozhodne-li ošetřující lékař jinak.

Doprovod dítěte musí zajišťovat osoba, která je ochotna a schopna s dítětem setrvat ve vyšetřovně. Nesmí proto být těhotná.

Ošetřujícího lékaře upozorněte před AG vyšetřením na **srážlivost** krve či užíváte-li Warfarin; v případě **virového onemocnění jater a AIDS**, prosím, informujte ošetřující personál.

Postup při výkonu

Jedná se o miniinvazivní výkon, při kterém se pomocí speciálních pomůcek pod kontrolou rentgenového záření provede po předchozím zaměření ultrazvukem nápich žlučovýchodů, jejich zobrazení pomocí kontrastní látky a v případě potřeby pak zavedení předtvarovaného drénu, který propojí žlučové cesty s dvanácterníkem

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



a/nebo odvede hromadící se žluč navenek do sběrného sáčku. Výkon se provádí v místním znečištění v poloze na zádech a to přístupem skrze kůži. Během výkonu je podávána kontrastní látka pro ověření polohy drénu, která se v malém množství může dostat do cévního řečiště. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem angiografického pracoviště, tj. leželi v klidu, zadrželi dech a prováděli další jednoduché úkony.

Délka vyšetření se většinou pohybuje od 30 -120 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Metoda využívá k vyšetření **rentgenového záření**. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. V případě těhotenství vyšetřované osoby může však dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj.

Při výkonu se podává malé množství kontrastní látky, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornila, jak indikujícího lékaře, tak personál AG pracoviště, že máte **alergii** jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější.

Během zavádění instrumentaria (pomůcek) může v malém počtu případů dojít k porušení větší cévy v játrech nebo v jejích okolí a krvácení do dutiny břišní anebo do žlučovýchodů, tato komplikace je řešitelná miniinvazivně cestou vnitřku cév vedoucích do jater, anebo chirurgickou operací. V některých případech dojde k porušení stěny žlučového a úniku žluče do dutiny břišní nebo do krve. Tato komplikace nemá při dokončeném výkonu závažné následky pro Vaše zdraví.

Chování po výkonu, možná omezení

Výkon se provádí pouze za hospitalizace. Po výkonu bude nutné setrvat na lůžku alespoň 12 hodin. Klid u lůžka je nutný 24 hodin po výkonu. Dodržováním těchto pokynů předejdete komplikacím jako je posun drénu mimo žlučové cesty či krvácení z místa vpichu, resp. zavedení drénu.

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 nevylučují.

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 beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
ul. J. Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lachotín
IČO 90669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 informací 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 SVĚPRÁVNOSTÍ 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.

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

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

ZOK

podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
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)



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
ulaj Svobody 80, 304 69 Plzeň - Lechostín
IČO 00609806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

**Vypíšte 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 adresu a datum narození)

Příloha 3 Informovaný souhlas s CT vyšetřením Nemocnice Sokolov

NEMOS SOKOLOV s.r.o.
Nemocnice Sokolov
Slovenská 545
35601 Sokolov

RADIODIAGNOSTICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE V SOKOLOVĚ INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM NA CT

Lékař, který poučení provedl:

Pacient:

Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl(a) lékařem poučen(a) o diagnostickém výkonu, který mi má být proveden

Diagnostický výkon bude probíhat takto:

Po nativním vyšetření dle posouzení lékaře může být pokračováno podání kontrastní látky do žil a dalším snímkováním.

Byl(a) jsem dále poučen(a), že podání kontrastní látky do žíly má následující rizika:

U některých pacientů může vyvolat alergickou reakci, většinou lehkou, projevující se kopřivkou, pocitem tepla či nucením na zvracení. Ve výjimečných případech může dojít k těžké alergické reakci, která vyžaduje intenzivní léčbu s hospitalizací.

Prohlašuji a svým dále uvedeným podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že shora uvedenému poučení jsem plně porozuměl a souhlasím s provedením výše uvedeného diagnostického výkonu.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadující neodkladné provedení dalších zákroků k záchraně mého života nebo zdraví, tímto souhlasím s provedením veškerých potřebných výkonů.

V Sokolově dne

Podpis lékaře, který poučení provedl.....

Vlastnoruční podpis pacienta.....

Příloha 4 Informovaný souhlas s MR vyšetřením Nemocnice Sokolov

NEMOS SOKOLOV s.r.o.
Nemocnice Sokolov
Slovenská 545
35601 Sokolov

RADIODIAGNOSTICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE V SOKOLOVĚ INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM NA MAGNETICKÉ REZONANCI

Jméno a příjmení: nar.:

Vážená paní, vážený pane,
v průběhu vyšetření na našem pracovišti se budete nacházet v silném magnetickém poli a současně vystaven/a vysokofrekvenčním impulzům.

MÁTE-LI KARDIOSTIMULÁTOR, NESMÍTE BÝT V ŽÁDNÉM PŘÍPADĚ VYŠETŘEN/A MAGNETICKOU REZONANCÍ!

Velmi pečlivě vyplňte tento dotazník a označte kroužkem, zda jsou ve Vašem těle následující kovové přístroje nebo kovové části:

- | | | |
|---|-----|----|
| • KARDIOSTIMULÁTOR | ANO | NE |
| • Kovové svorky po operaci mozku či cév | ANO | NE |
| • Kovové kloubní náhrady | ANO | NE |
| • Srdeční chlopně | ANO | NE |
| • Kochleární (ušní) implantát | ANO | NE |
| • Kovové střeptiny v oku nebo jinde | ANO | NE |
| • Stenty (výztuže cév) | ANO | NE |
| • Jiné (popište) | | |

Pokud jste označil/a u některé možnosti ANO, ihned na to upozorněte personál Magnetické rezonance. Stejně tak pokud jste těhotná.

Než vstoupíte do vyšetřovny odložte si v kabině hodinky, šperky, vlásenky, naslouchadla, brýle, zubní protézy a z kapes si vyndejte drobné kovové mince, klíče, mobilní telefon, platební karty, apod.

Vyšetření se provádí v několika sériích a trvá 30-60 minut, není bolestivé a doprovází ho silný hluk. Během vyšetření je velice důležité vydržet v klidu a nehýbat se. V některých případech je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky, o níž rozhodne lékař. Alergická reakce na tento druh kontrastní látky je velice vzácná.

Prohlašuji, že nemám kardiostimulátor, rozumím poučení a v případě potřeby souhlasím s aplikací kontrastní látky.

V Sokolově dne: Podpis pacienta:

Příloha 5 Informovaný souhlas s MR vyšetřením Nemocnice s poliklinikou Spišská Nová Ves



Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s.,
Rádiodiagnostické oddelenie, pracovisko magnetickej rezonancie
tel.: 053/4199 400, Ul. Jánskeho 1, 052 01 Spišská Nová Ves,

Dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas pred vyšetrením magneticou rezonanciou (MR) 1,5 T

Magnetická rezonancia je jednoduchá, bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda. Vzhľadom na to, že pri vyšetrení sa používa silné magnetické pole, kovové predmety vo vašom tele môžu byť nebezpečné pre Vás a obsluhujúci personál, alebo môžu ovplyvniť výsledok vyšetrenia. Preto Vás prosíme, vyznačte nám tieto dôležité informácie ešte pred tým, než Vás začneme vyšetřovať.

Meno a priezvisko: _____ Dátum narodenia: _____
Bydlisko: _____ Hmotnosť: _____ kg
Dátum posledného MR vyšetrenia: _____ Objednaný(á) na: _____
Hospitalizovaný(á) na oddelení / ošetrovaný(á) na ambulancii: _____

Bolí ste už na vyšetrení MR?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ste po operácii ciev?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Bolí ste už niekedy operovaný(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ste po operácii srdca?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ste po operácii mozgu?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Liečite sa na ochorenie obličiek?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ste na niečo alergický(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno na čo?		

Prosím označte, ktoré z uvedených vecí máte a ktoré nemáte:					
Pacemaker / kardiostimulátor alebo elektródy po kardiostimulácii.	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Očnú protézu / umelú šošovku	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Inzulínová pumpa	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Endoprotézu – umelý kĺb	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Elektronický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ortopedický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Vnútrošný implantát alebo (načúvací strojiček)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Podkožný implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Neurostimulátor	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Kovové črepiny	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Klipy, chirurgické svorky	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Kovové zubné náhrady	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Stenty (rúrka v tele na spojenie dvoch dutých priestorov)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Snímateľnú zubnú náhradu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Vnútrocievne protézy	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Tetovanie	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Vnútrocievny filter	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Permanentný make-up	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Umelú srdcovú chlopňu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Strach z uzavretých priestorov (klaustrofóbia)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Iné kovové predmety alebo implantáty (piercing)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno aké a kde?		
Pre ženy a slečny: je možné, že by ste mohli byť tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Pre ženy: dojčíte?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Bola Vám už pri MR vyšetrení podaná kontrastná látka?				<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak áno, mali ste potom nepríjemné pocity ako teplo, svrbenie, skrátenie dychu, závrate, kolaps?				<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

Počas MR vyšetrenia je niekedy vhodné podať kontrastnú látku. MR kontrastná látka je aplikovaná cez malú ihlu do žily, najčastejšie na predlakti. Počas podávania kontrastnej látky môžete cítiť vpich a následne pocit „podávania“, ktorý je normálny. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch i tu je riziko alergickej reakcie. Najčastejší výskyt nežiaducich účinkov je počas prvých 30 minút od podania kontrastnej látky, preto je potrebné, aby ste neopúšťali počas tejto doby MR pracovisko (hospitalizovaní pacienti budú pod kontrolou personálu na odosielajúcom oddelení).

Prosím otočte list

**Dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas
pred vyšetrením magneticou rezonanciou (MR) 1,5 T**

Pred vstupom do MR vyšetrovne musíte zo seba odstrániť všetky kovové a elektronické predmety (mince, kľúče, mobilný telefón, sponky do vlasov, zubné náhrady, šperky, prstene, retiazky, platobné karty, čipové karty, dátové nosiče, opasok, pero, načúvací strojček, obuv, oblečenie s kovovými časťami, podprsenku s kosticami, magnety a pod.). Najvhodnejším spodným oblečením je bavlnené tričko, nohavičky, trenky, slippy a ponožky. Potrebné je odstrániť z kože make-up, očné tieň, rúž. Uvedené veci môžu byť príčinou poškodenia Vás alebo iných osôb vo vyšetrovacej miestnosti, prípadne sa môžu poškodiť samotné (elektronika a pod.). V šatni si oblečiete pripravený plášť, ktorý po vyšetrení vrátite.

Lekár, rádiologický technik, sestra alebo zdravotnícky asistent Vás pred vyšetrením oboznámi s priebehom samotného vyšetrenia a poučia Vás o možných rizikách. Zopakujú otázky z tohto dotazníka pre prípad, že by ste na niečo zabudli alebo nevedeli jednoznačnú odpoveď.

V samotnej miestnosti s MR prístrojom budete uložený(á) v ľahu na vyšetrovacie lôžko. Počas samotného vyšetrenia prístroj vydáva rôzne hlasné a nepríjemné zvuky. Preto si musíte chrániť sluch slúchadlami (v niektorých prípadoch štuľkami). Počas vyšetrenia dostanete do ruky signálny balónek, ktorým dáte vedieť, ak sa vyskytnú nejaké problémy (pálenie, svalové záškľby, nevoľnosť a pod.).

Čas strávený vo vyšetrovacej miestnosti, doba vyšetrenia, je rôzna. Pohybuje sa od 10 minút až do 1 hodiny, v závislosti od toho, aký orgán alebo časť tela sa má vyšetriť. Preto Vás prosíme, aby ste sa na termín vyšetrenia dostavili s časovým predstihom aspoň 15 minút.

Výsledok z vyšetrenia je určený indikujúcemu lekárovi. S obsluhujúcim personálom si prosím dohodnite spôsob prevzatia výsledku:

- prevezmem osobne
- zaslať na adresu bydliska
- zaslať poštou indikujúcemu lekárovi
- iný spôsob _____

Svojím podpisom potvrdzujem, že som dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas pred vyšetrením magneticou rezonanciou prečítal(a), porozumel(a) som jeho obsahu a bol(a) som poučený(á) o povahe vyšetrenia magneticou rezonanciou a rizikách s tým spojených. Súhlasím s podaním kontrastnej látky, ak to bude vyšetrenie vyžadovať.

Čestne prehlasujem, že som poistencom zdravotnej poisťovne _____.
V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa uhradiť spôsobenú finančnú škodu.

Podpis: _____ (vzťah k pacientovi: _____)

Dátum: _____

Dotazník skontroloval(a) a overil(a), podpis: _____

Příloha 6 Informovaný souhlas s CT vyšetřením a Alfamedia s.r.o. Trenčín



DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED CT VYŠETRENÍM A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Adresa bydliska:	Zdravotná poisťovňa (názov, alebo číslo):
Kontakt (telefón, e-mail):	Váha/Výška:

Prosím zaškrtnite nasledujúce možnosti:

Alergie:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| -lieky | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| -potraviny | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| -jódomé preparáty, alebo kontrastné látky s obsahom jódu | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| -polyvalentná alergia | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |

- | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ste astmatik/čka? | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| Ste diabetik/čka? | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |

Pre pacientky:

Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná.

Čestne prehlasujem, že som poistencom horeuvedenej zdravotnej poisťovne. V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa, že uhradím finančnú škodu spôsobenú spoločnosti ALFAMEDIA s.r.o. pracovisko CT Trenčín.

Pacient/ka alebo jeho zákonný zástupca bol/a poučený/á jeho odosielajúcim lekárom v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.Z. o rádiologickom vyšetrení na diagnostické účely, taktiež bol/a poučený/á o rizikách a nežiadúcich účinkoch vnútrožilovej aplikácie jódomé kontrastnej látky a s jej podaním súhlasí. Pacient bol/a odosielajúcim lekárom poučený o postupe CT vyšetrenia a ďalších navrhovaných vyšetrovacích metódach. Pacient/ka bol/a zrozumiteľne a jednoznačne informovaný/á a poučený/á o možných následkoch a rizikách poskytnutia i odmietnutia vyšetrenia CT, ako i o možnostiach voľby alternatívnych postupov. Pacient/ka zároveň súhlasí s použitím jeho/jej osobných údajov výlučne len pre potreby spoločnosti ALFAMEDIA s.r.o. pracovisko CT Trenčín a svojim podpisom prehlasuje, že všetky údaje v dotazníku vyplnil/a pravdivo.

Dňa:	Podpis:
------	---------

ALFAMEDIA s.r.o. pracovisko CT Trenčín, Partizánska 3731, 911 01 Trenčín, Tel. 032/6423105, mobil: 0918 888 117
e-mail: magnetcttn@gmail.com



Vyšetření je prováděno vleže a je nutné se přesně řídit pokyny zdravotnického personálu (např. zadrženi dechu na krátkou dobu).

Během a bezprostředně po nitrožilním podání se u Vás mohou vyskytnout průvodní jevy kontrastní látky, zejména pocit „tepla po těle“, ojediněle se může dostavit nevolnost či bušení srdce. Tyto pocity za krátkou dobu odezní.

Rizika a možné komplikace výkonu

Případnou závažnou komplikací jsou projevy tzv. alergická reakce, ke kterým může dojít, přestože jste se s nimi ještě neseťkal/a a byl/a jste již jodovou kontrastní látkou vyšetřován/a. Při podávání moderních, tzv. neionických kontrastních látek, však k závažnějším komplikacím dochází výjimečně. Rozpoznání i způsob léčby těchto komplikací závisí na závažnosti alergické reakce a personál CT pracoviště je na ně připraven.

Chování po výkonu, možná omezení

Vzhledem k tomu, že ke zdravotním komplikacím může výjimečně dojít i v delším období po vyšetření, je vhodné se k vyšetření dostavit s doprovodem a po vyšetření vyčkat minimálně 15 minut v čekárně CT pracoviště.

Kontrastní látka se převážně vylučuje ledvinami, je tedy vhodné po vyšetření zvýšit příjem tekutin, pokud to není v rozporu s Vaším zdravotním stavem či léčbou. Tím se vyloučení této látky urychlí.

Pokud se Vaše vyšetření obešlo bez podání kontrastní látky, pak můžete ihned po vyšetření odejít. V případě nejasností či jakýchkoli dotazů se samozřejmě obraťte na vyšetřující personál.

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 nevylučují.

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 beru 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).

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 SVĚPRÁVNOSTÍ 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.

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

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

ZOK

podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
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) odmítl/a souhlas podepsat:

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

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

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

ZOK

podpis

Příloha 8 Informovaný souhlas screeningová mamografie Nemocnice Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
atej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00569306 tel.: 377 401 111, 377 103 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

SCREENINGOVÁ MAMOGRAFIE

Pacientka/Klientka: Narozen/a:
titul jméno příjmení
Rodné číslo (číslo pojistěnce): / Kód ZP:
Bydliště:
Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)
Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště klientky)

Vážená paní,

na základě Vašeho uvážení a indikace Vašeho ošetřujícího lékaře přicházíte k provedení mamografického vyšetření. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho písemného souhlasu.

Tento informovaný souhlas můžete před započítím samotného výkonu kdykoli odvolat.

Důvod provedení výkonu

Screeningová mamografie je stále neúčinnější formou záchytu časných a především nehatných forem rakoviny prsu, která je v naší ženské populaci nejčastější formou zhoubného onemocnění. Je prováděna v souladu s příslušnou vyhláškou v rámci preventivních prohlídek. Mamografický screening znamená pravidelné preventivní vyšetřování žen bez jakýchkoliv příznaků onemocnění s cílem zachytit rozvíjející se onemocnění v co nejčasnějším stadiu, protože onemocnění zachycené v časně fázi je snáze léčitelné a vede k vyšší kvalitě a vyšší délce života žen.

Nutno však upozornit, že výtěžnost mamografického vyšetření může být snížena u mladých žen a u žen s hutnou žlázou. Dle literatury může být citlivost této metody u těchto žen snížena až na 79%.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu

Mamografické vyšetření nelze nahradit ani pohmatovým vyšetřením ani sonografií. I přesto však zůstává sonografie a pohmatové vyšetření významnou metodou vyšetřování prsní žlázy.

Sonografické vyšetření je metodou volby k vyšetření mladých žen (do 40 let) a cenným doplňkem vyšetření žlázy při nejednoznačném mamografickém nálezu.

Příprava k výkonu

Mamografii doporučujeme provádět v první polovině menstruačního cyklu těsně po menstruaci. Před výkonem nepoužívejte kosmetické přípravky na oblast prsu a podpaží. Před vlastním výkonem je třeba odložit oděv a ozdoby hrudníku.

Před výkonem prosím radiologické asistentce nahlašte, zda jste nositelkou implantátů.

Relativní kontraindikací k výkonu je těhotenství a kojení (jen po konzultaci s lékařem).

Postup při výkonu

Výkonu předchází vyplnění dotazníku ke zjištění rizikových faktorů, údaje jsou vyhodnocovány následně lékařem při čtení snímků.

Při samotném vyšetření žena většinou stojí, je-li to nutné, může i sedět. Radiologická asistentka zhotovuje většinou čtyři snímky, každý prs se snímkuje ze dvou stran. Při snímkování se musí prs dostatečně stlačit, což může být pro pacientku nepříjemné. Při bolestivých pocitech je možné stlačování provádět pomalu, případně již může přijít žena připravena po aplikaci znecitlivující náplasti (tuto je však třeba aplikovat minimálně hodinu před výkonem). Samotné snímkování trvá asi 5 – 7 minut.

Snímky pro vyšší jistotu správného zhodnocení odčítají nezávisle dva lékaři. Po odečtení snímků Vám sdělíme výsledek. Definitivní výsledek v plném znění odešleme Vašemu lékaři.

V případě, že Vám sdělíme jen předběžný výsledek (po prvním odečtení snímků), se za 10 – 14 dnů u svého lékaře informujte, zda je vše opravdu v pořádku, neboť definitivní výsledek se může v ojedinělých případech lišit. Pokud bude výsledek mamografie nejednoznačný, navrhneme Vám doplňující vyšetření, které provedeme v jedné době či Vám nabídneme vhodný termín. Tato vyšetření jsou opět bezplatná a zajistí je naše pracoviště.

Vyšetření v mezidobí jednotlivých mamografií již zdravotní pojišťovny v rámci screeningového programu nehradí. K těmto vyšetřením přichází ženy jako samoplátkyně či s žádankou od ošetřujícího lékaře.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Překážkami v provedení výkonu může být omezená spolupráce ženy, pohyb během snímkování, vrozené či získané vady hrudníku, otevřené rány a defekty prsů.

Komplikace jsou velmi vzácné. Nevýznamnou komplikací je pobolívání prsů, vzácně i modřina. Pokud tato komplikace vznikne, doporučujeme přikládání chladných obkladů na bolestivé místo.

Mamografické vyšetření nezatěžuje z radiačního hlediska jiné orgány než samotný prs.

Digitalizací našeho pracoviště se významně snížila dávka pro každé vyšetření. Střední dávka v mléčné žláze dosahuje hodnot 0,9 – 1,9 mGy (dle tloušťky prsu) na 1 projekci.

Omezení po výkonu nejsou nutná.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout.

PROHLÁŠENÍ PACIENTKY/KLIENTKY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

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

Byla jsem seznámena s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky.

Prohlašuji, že jsem byla poučena o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu.

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

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se klientky s omezenou svéprávností byly této klientce poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI KLIENTKY S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacientka/Klientka je rozumově a volně vyspělá k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacientka/Klientka není rozumově a volně vyspělá k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

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

_____ jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

_____ ZOK

_____ podpis

V Plzni dne: _____ v _____ hodin

_____ podpis pacientky/klientky (podpis zákonného zástupce)

Příloha 9 Žádost o průzkumné šetření a pořizování informovaných souhlasů

Žádost o průzkumné šetření a pořizování informovaných souhlasů

Ivana Hlinková

Personální náměstek NEMOS SOKOLOV s.r.o

Na Florenci 2116/15

110 00 Praha 1 Nové Město

Místo výkonu:

Slovenská 545

356 01 Sokolov

Vážená paní Hlinková,

Jmenuji se Lenka Koutníková, jsem studentkou oboru Radiologický asistent, Fakulty zdravotnických studií Plzeň.

Tímto bych Vás chtěla požádat o povolení průzkumného šetření k vypracování bakalářské práce na téma: „Informované souhlasy pro radiodiagnostická vyšetření“.

Šetření bude provedeno na radiodiagnostickém oddělení, kde budou podány pacientům dotazníky, které dobrovolně vyplní.

Cílem této práce bude zhodnotit informovanost a srozumitelnost podaných informací.

Děkuji za spolupráci

Schváleno dne



Lenka Koutníková


NEMOCNICE SOKOLOV
Slovenská 545, 356 01 Sokolov
NEMOS SOKOLOV s.r.o. IČZ: 48008
Personální oddělení
Tel. č. 382 820 466
(3)

Ivana Hlinková
personální náměstkyně