



PROTON
THERAPY
CENTER

Proton Therapy Center Czech

Budínova 1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

INFORMOVANÝ SOUHLAS S DIAGNOSTICKÝM VÝKONEM

PTC_IS_RDG

Strana 1 z 3

Verze číslo: 1

Pracoviště (klinika, oddělení):

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, rodné číslo

Zákonný zástupce: _____

Jméno, příjmení, rodné číslo

Dnešního dne (pacient / zákonný zástupce) jsme byli lékařem poučeni o navrhovaných zdravotních službách spočívajících ve zdravotním výkonu / zdravotních výkonech, který/é mi má/mají být proveden/y. Jedná se o:

Označení zdravotního výkonu:

Vyšetření pomocí ultrazvuku (vyplní lékař)

- bez podání kontrastní látky
- s podáním kontrastní látky ústy
- s podáním kontrastní látky do žíly

Účelem tohoto zdravotního výkonu je podrobné zobrazení jednotlivých anatomických oblastí lidského těla a přispívá k přesnému stanovení diagnózy. Napomáhá objasnit zdravotní problém ve vyšetřované oblasti, což může mít zásadní vliv na další průběh léčby.

Před vyšetřením břicha a pánve:

Vyšetření probíhá **nalačno**, 4 hodiny před vyšetřením nejíst, nepít, nekouřit. V případě vyšetření močového měchýře a pánve pacient by se neměl 2-3 hodin před vyšetřením vymočit. Vyšetření štítné žlázy, prsou, měkkých tkání, kloubů, mozku, cév probíhá bez speciální přípravy. Dle rozhodnutí radiologa Vám může být aplikována nitrožilně kontrastní látka pro lepší zobrazení některých tkání.

Po nitrožilním podání kontrastní látky se u Vás nedostaví žádné nepříjemné pocity ani alergické reakce.

Samotné vyšetření většinou probíhá vleže na vyšetřovacím lůžku, jen v některých případech na břiše nebo boku. K lepšímu zobrazení budete někdy požádáni o zadržení dechu.

Po vyšetření:

Pacient může po vyšetření okamžitě odejít.

Důležité informace od pacienta: na vyšetření nejsou alergické reakce, doposud neexistuje žádná kontraindikace, vyšetření lze provést u každého pacienta.

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Konvenční radiodiagnostické vyšetření, CT, magnetickou rezonanci.



PROTON
THERAPY
CENTER

Proton Therapy Center Czech

Budínova 1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

INFORMOVANÝ SOUHLAS S DIAGNOSTICKÝM VÝKONEM

PTC_IS_RDG

Strana 2 z 3

Verze číslo: 1

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

Krátká vyšetřovací doba. Nejsou alergické reakce na vyšetření

nevýhody:

neexistuje, nejsou známá zatím žádná rizika

Byl jsem dále poučen, že tento výkon má následující rizika:

žádná

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem stvrzuji, že jsem poučení plně rozuměl, od personálu mi bylo vše vysvětleno a mé dotazy byly řádně zodpovězeny. Dále prohlašuji, že výslovně souhlasím s provedením výše zmíněného vyšetření a s případnou aplikací kontrastní látky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Byl jsem poučen, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

Byl jsem poučen o svém právu vzdát se podání informace o zdravotním stavu.

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

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Vyšetření pomocí ultrazvuku (vyplní lékař)

- bez podání kontrastní látky
- s podáním kontrastní látky ústy
- s podáním kontrastní látky do žíly

Beru na vědomí skutečnost, že výsledek vyšetření obdrží odesílající lékař do 3 dnů od provedení vyšetření.

Jako zákonní zástupci (* zaškrtněte jednu možnost):

nezletilého pacienta,

pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo

pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

svým podpisem stvrzujeme, že jsme obdrželi příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.



PROTON
THERAPY
CENTER

Proton Therapy Center Czech

Budínova 1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

INFORMOVANÝ SOUHLAS S DIAGNOSTICKÝM VÝKONEM

PTC_IS_RDG

Strana 3 z 3

Verze číslo: 1

V Praze dne

Vlastnoruční podpis pacienta/zákonných zástupců*:

(* zaškrtněte jednu možnost)

Jmenovka a podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat (*Vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů*)

.....
Jméno a příjmení 1. svědka, podpis

.....
Jméno a příjmení 2. svědka, podpis