

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S FLUORESCENČNÍ ANGIOGRAFIÍ

NA STRANĚ: .....

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

štítek

**Definice:** Fluorescenční angiografie je vyšetření cév uvnitř oka (v oční sítnici nebo na duhovce).

**Cíl a důvod výkonu:** stanovení diagnózy onemocnění

**Alternativy k výkonu:** nejsou

**Příprava před výkonem:** Není nutná, výjimečně u alergického pacienta podáme preventivně léky proti alergii.

**Postup při výkonu:** Vyšetření je prováděno vsedě u speciálního fotografického přístroje. Do žíly je Vám zavedena nitrožilní kanylka (jehla), kterou je podávána kontrastní látka – barvivo (fluorescein nebo indocyaninová zeleň). Barvivo se krevním oběhem dostane do cév uvnitř oka a obraz cévního systému oka je pak zachycen na fotografii speciální digitální kamerou.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** Po podání kontrastní látky je v určitých intervalech fotografováno oční pozadí. Kromě přechodného oslnění a zhoršeného vidění, nejsou pro pacienta žádná omezení. Po výkonu nedoporučujeme řízení motorového vozidla po dobu 4 hodin.

**Možné časté komplikace a následující rizika:** mírná nevolnost, pocit na zvracení, alergická reakce na kontrastní látku, která se může projevit až šokovým stavem – **JE PROTO NUTNÉ INFORMOVAT LÉKAŘE O JAKÝCHKOLIV PROJEVECH ALERGIE.**

Po vyšetření se může přechodně zbarvit kontrastní látkou do žluta. Látka se z těla vylučuje močí, která také přechodně změní barvu. Všechny tyto vedlejší projevy zcela vymizí do 24 hodin po zákroku a nezanechají žádné následky.

**Datum:** .....

**Jméno lékaře:** ..... **Podpis lékaře:** .....

### PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

**Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

**Jsem srozuměn/a s tím, že:**

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

**Souhlasím s poskytnutím informací:**

ano  ne

**Datum:** ..... **Podpis pacienta:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (1):** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (2):** .....

**Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:**

.....

**POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):**

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):** .....

**Podpis:** .....

**Datum:** .....

b) **Jméno svědka:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa bydliště:** ..... **Číslo OP:** .....

**Datum:** .....