

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

Jméno, příjmení pacienta:		Datum narození:
Lékař zodpovědný za poučení pacienta:		
Pracoviště /oddělení:	RDG oddělení / UZ pracoviště	

Poučení pacienta o výkonu:	Duktografie
Účel provedení výkonu /indikace/:	Jde o minimálně invazivní, cílený intervenční výkon, kdy se kanylou aplikuje do mlékovodu malé množství kontrastní látky při patologické sekreci z prsu.
Provedení výkonu:	Po dezinfekci bradavky nasonduje lékařka jemnou kanylou mlékovod a aplikuje malé množství anestetika a jodové kontrastní látky. Poté budete odvedena na mamografickou snímkovnu, kde se doplní snímky vyšetřovaného prsu, na kterých se zobrazí mlékovody naplněné kontrastní látkou. Po výkonu nejsou žádná speciální opatření.
Možné komplikace /omezení/:	Výskyt komplikací je při těchto výkonech obecně velmi nízký – může se vyskytnout kožní reakce na dezinfekci, alergická reakce na anestetikum nebo kontrastní látku, krvácení v místě vstupu nebo zanesení infekce.
Alergická anamnéza:	Předchozí alergie na jodovou kontrastní látku, jodové přípravky, Mesocain, Marcain, aj. Ano(látka) / Ne
Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:	Já, pacient (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl(a) jasnou a mně srozumitelnou formou informován(a) o diagnostickém zákroku. Prohlašuji, že jsem všem informacím jasně porozuměl(a), jsem obeznámen(a) s postupem i komplikacemi výkonu. Rovněž mi bylo umožněno klást otázky a diskutovat s lékařem o této problematice. Souhlasím s provedením duktografie: <input type="checkbox"/> vlevo <input type="checkbox"/> oboustranně <input type="checkbox"/> vpravo
Datum:	
Podpis pacienta /zákonného zástupce/:	
Podpis lékaře:	
Stranu výkonu odsouhlasil/a (podpis sestry, RA)	