

## Poučenie a informovaný súhlas pred vykonaním flebografie

/podľa § 6 a § 40 zákona č. 576/2004 Z.z./

Meno a priezvisko pacienta: .....

Rodné číslo: ..... kód poisťovne: .....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu\*: .....

### Informácie poskytnuté pacientovi/zákonnému zástupcovi pred vykonaním flebografie

#### Účel, povaha a priebeh vyšetrenia

Flebografia (alebo venografia) je štandardná diagnostická metóda využívajúca röntgenové žiarenie (RTG) a vnútrožilové podanie jódovej kontrastnej látky k zobrazeniu hlbokého žilového systému, najčastejšie dolných končatín.

Flebografické vyšetrenie sa realizuje na základe odporúčania odborného odosielajúceho - indikujúceho lekára a využíva sa na presné anatomické zobrazenie hlbokého žilového systému, na vylúčenie hlbokkej žilovej trombózy, prípadne na vylúčenie vonkajšieho útlaku žily.

K zobrazeniu žilového systému je nutné vnútrožilové podanie jódovej kontrastnej látky, v prípade vyšetrenia dolných končatín z prístupu na dorze nohy (chrbte nohy - nárt). Táto oblasť je veľmi citlivá a vpich býva často bolestivý. Počas a bezprostredne po vnútrožilovom podaní sa u Vás môžu objaviť sprievodné prejavy kontrastnej látky, najmä pocit tepla po tele, prípadne nevoľnosť alebo búšenie srdca. Tieto pocity za krátko ustávajú a nie sú nebezpečné.

Vyšetrenie sa vykonáva na vyšetrovacom stole v šikmej polohe. Počas celého vyšetrenia je prítomný vyšetrujúci lekár - rádiológ a rádiologický personál, pacient je monitorovaný a v prípade vyskytnutia sa akýchkoľvek neobvyklých pocitov je rádiologický personál pripravený pomôcť, prípadne prerušiť vyšetrenie.

#### Kontraindikácie

Kontraindikáciou vyšetrenia je známa alergia na jód, tehotenstvo, znížená funkcia obličiek, užívanie liekov na cukrovku (diabetes mellitus) obsahujúcich metformín, zvýšená funkcia štítnej žľazy (hypertyreóza).

**Je nutné o akejkoľvek z vyššie uvedených skutočností informovať PRED začatím vyšetrenia rádiologického technika alebo lekára !**

#### Riziká a možné komplikácie pri a po výkone

Pri vnútrožilovom podaní jódovej kontrastnej látky môže dôjsť k alergickej reakcii – kožná vyrážka, nevoľnosť, dýchavica. V prípade včasnej alergickej reakcie t.j. priamo v priestoroch nášho oddelenia Vám dokážeme reakciu okamžite potlačiť. V prípade, že by sa alergická reakcia prejavila až po opustení priestorov RTG pracoviska, je nutné okamžite kontaktovať ošetrojúceho lekára alebo lekársku pohotovostnú službu.

#### Alternatívy výkonu

O možných alternatívach Vás bude informovať Váš ošetrojúci/odosielajúci lekár. Základnou alternatívou je sonografické vyšetrenie.

#### Obmedzenie po výkone

Pri normálnom priebehu vyšetrenia nedochádza k žiadnemu obmedzeniu. Pri komplikáciách budete podrobne informovaný vyšetrujúcim lekárom, prípadne rádiologickým technikom. Všeobecne sa odporúča po vyšetrení ešte 15 minút zotrvať v čakárni RTG pracoviska kvôli prípadnej alergickej reakcii a ak to nie je v rozpore s Vaším zdravotným stavom alebo liečbou, zvýšiť príjem tekutín po flebografickom vyšetrení pre lepšie vylučovanie kontrastnej látky z tela.

### **Príprava pred vyšetrením**

- Pred vyšetrením sa nesmie najmenej 4 hodiny jesť, príjem tekutín je povolený len vo veľmi malom množstve, s výnimkou kávy a alkoholických nápojov.
- Lieky, ktoré pacient dlhodobo užíva, je potrebné užiť v nezmenenom režime aj v deň flebografického vyšetrenia.
- V prípade, že trpíte akoukoľvek alergiou alebo astmou je dôležité o tejto skutočnosti odosielajúceho lekára, prípadne rádiologický personál alebo lekára rádiológa vopred informovať. V takomto prípade Vám môže odosielajúci lekár alebo vyšetrujúci lekár – rádiológ odporučiť preventívne podanie liekov, ktoré znížia riziko alergickej reakcie pri vnútrožilovom podaní jódovej kontrastnej látky.

### **Povinnosti pacienta pred vyšetrením**

- O alergii na jódovú kontrastnú látku, vrátane kožnej reakcie na dezinfekčné prípravky informujte pred vyšetrením Vášho ošetrojúceho/odosielajúceho lekára a rádiologický personál.
- V prípade, že je vyšetované malé dieťa je vítaný sprievod pacienta.
- Odporúča sa prísť na vyšetrenie bez cenností a väčšej finančnej hotovosti, prípadne tieto veci odovzdať sprevádzajúcej osobe.

Po tom, čo som mal(a) možnosť spýtať sa na všetko, čo pokladám za podstatné, považujem toto poučenie za dostatočné. Na základe svojej slobodnej vôle a poskytnutých informácií, súhlasím s vykonaním vyšetrenia, pokiaľ toto vyšetrenie nie je s ohľadom na môj zdravotný stav kontraindikovaný.

Svojím podpisom potvrdzujem, že nebudem žiadať náhradu za poškodenie, stratu alebo prípadné odcudzenie vecí, ktoré som si priniesol(la) na vyšetrenie so sebou.

Beriem na vedomie a dávam týmto súhlas k nahliadnutiu do zdravotnej dokumentácie osobám získavajúcim spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania (napr.: študenti zdravotných škôl, lekárske fakulty a pod.), ktorí sú viazaní povinnou mlčanlivosťou.

Prehlasujem, že som poskytol pravdivé údaje o mojom zdravotnom poistení. Zároveň prehlasujem a súhlasím s tým, že v prípade poskytnutia nepravdivých údajov o zdravotnom poistení, poskytnutú zdravotnú starostlivosť FN AGEL Skalica a.s. v plnom rozsahu uhradím.

\*zákonný zástupca osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas alebo na základe rozhodnutia súdu na základe žiadosti zákonného zástupcu

V Skalici, dňa: ..... čas .....

.....  
pečiatka a podpis lekára  
vykonávajúceho poučenie

.....  
podpis pacienta resp. zákonného zástupcu