

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem***Fluorescenční angiografie**Identifikační štítek
pacienta**Vážená paní, vážený pane,**

Váš ošetřující lékař Vám zjistil onemocnění sítnice, které vyžaduje speciální vyšetření Vašich očí pomocí kontrastní látky. Byl Vám byl doporučen výkon tzv. fluorescenční angiografie. Tento zákrok vyžaduje Váš souhlas. Než se k výkonu rozhodnete, seznamte se, prosím, s informacemi o důvodech k zákroku, průběhu léčby, rizicích a případných následcích navrhovaného výkonu. Tyto informace Vám pomohou připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude o navrhovaném postupu informovat, Připravte si své dotazy, abychom Vám na ně mohli odpovědět, a abyste se mohl(a) následně rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je fluorescenční angiografie.

Fluorescenční angiografie je fotografická angiografická vyšetřovací metoda, která slouží k podrobnému zobrazení očního pozadí. Po nitrožilní aplikaci kontrastní látky - roztok **fluoresceinu** jsou v rychlém sledu pořizovány snímky očního pozadí.

Důvod vyšetření:

Metoda se používá při podezření na nedostatečné okysličení sítnice a tvorbu patologických cév sítnice z různých příčin (např. diabetické retinopatie, uzávěr sítnicové žíly nebo tepny...), při podezření na tvorbu patologických cév žívatky zapříčiněné různými onemocněními (např. věkem podmíněnou degenerací sítnice). Zákrok se používá nejen k diagnostice, ale také při plánování postupu laserového ošetření sítnice. Od vyšetření fluorescenční angiografií upouštíme v těhotenství, u těžkých alergií a těžkých poruch ledvin.

Příprava k výkonu

Před vyšetřením je nutné dokonalé rozšíření zornic pomocí kapek, které Vám bude sestra v ambulanci opakovaně aplikovat. 30 minut před vyšetřením Vám bude aplikován nitrožilně Hydrocortison jako prevence případné alergické reakce.

V případě, že jste alergická/ý na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře (může se objevit například vyrážka, dušnost apod.).

Postup při výkonu

Výkon probíhá ambulantně. Po výše uvedené přípravě a po nitrožilní aplikaci kontrastní látky dochází k pořizování fotografií pomocí speciální kamery. Vyšetření trvá přibližně 15 minut.

Rizika a možné komplikace výkonu

Vedlejší účinky kontrastní látky fluoresceinu:

- pocit na zvracení, zvracení, kopřivka, anafylaktická reakce (velmi vzácná),
- únik kontrastní látky mimo žílu do mimobuněčného prostoru v místě injekce může způsobit místní nekrózu – odumírání tkáně.

Režim po výkonu, možná omezení

Po provedeném vyšetření bude přetrvávat do druhého dne žluté zbarvení kůže a moči. Vzhledem k rozšíření zorniček uvidíte hůře do dálky i do blízka, proto nesmíte řídit v den výkonu motorová vozidla. K urychlenému vyloučení

kontrastní látky močí Vám doporučujeme vypít v den výkonu nejméně dva litry nealkoholických nápojů. Podle výsledků vyšetření Vám lékař stanoví vhodné termíny kontrol, event. laserové ošetření sítnice.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jiná možnost tohoto vyšetření není.

Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo): _____

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: fluorescenční angiografie.

Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:

- **Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu.**
- **Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.**
- **Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby.**
- **Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.**

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek**.

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s výkonem**.

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne, hod. _____

Podpis pacienta _____
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka _____

Podpis svědka¹ _____

¹ jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.