

Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) pacienta s potním testem

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Potní test

Účel výkonu

Vážení rodiče,
u Vašeho dítěte bylo doporučeno provedení potního testu – tedy vyšetření, při kterém je získán vzorek potu Vašeho dítěte.

Proč doporučujeme tento výkon?

Účelem vyšetření je zjištění obsahu a koncentrace chloridů v potu u dětí.

Vyšetření se provádí při hospitalizaci nebo ambulantně.

V rámci přípravy na vyšetření je třeba dítě dostatečně zavodnit a přinést se s sebou vlastní nápoje k pití během výkonu.

Povaha výkonu

Vlastní výkon:

Na omyté předloktí se přiloží 2 elektrody podložené gelovými tabletami s pilokarpinem usnadňujícím tvorbu potu. Elektrody jsou napojeny na slabý stejnosměrný proud. Po 5 minutách se elektrody odstraní a jsou nahrazeny sběrnou soupravou, v níž se 45-60 minut hromadí pot. Ten je posléze v malé zkumavce odeslán do laboratoře k vyšetření.

Po výkonu:

- není třeba další sledování, pacient může po výkonu odejít

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyloučení onemocnění cystickou fibrózou.

Alternativa výkonu

Žádná.

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

- podráždění kůže pod elektrodami, zcela výjimečně puchýře.

Následky výkonu

V případě puchýřků lokální léčba.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím i s provedením všech dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci