

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Potní test

Pacient.....RČ.....poj.....

Bydliště.....

Zákonný zástupce.....

Příbuzenský vztah.....

Vážení rodiče,

u Vašeho dítěte bylo doporučeno provedení potního testu, tj. vyšetření, při kterém je nutno odebrat vzorek potu Vašeho dítěte.

Laický popis výkonu:

Účelem vyšetření je zjistit obsah a koncentraci chloridů v potu u dětí s podezřením na cystickou fibrózu – geneticky podmíněné onemocnění, které se v klasické formě projevuje chronickým onemocněním dýchacích cest a slinivky břišní. Při této poruše je vysoká koncentrace elektrolytů v potu asi 5 x vyšší než u zdravých dětí.

V rámci přípravy na vyšetření není třeba zvláštních opatření.

Průběh výkonu:

Na odmaštěné, vydezinfikované a navlhčené předloktí se přiloží 2 pilogelové disky, které jsou umístěny do dvou elektrod. Povrch kůže musí být bez viditelných známek poranění, zánětu nebo nečistot.

Disky v elektrodách se připevní pomocí pásků k předloktí. Zapojí se do zdroje proudu, ten zajišťuje iontoforézu. Zahřátí předloktí trvá cca 5 minut. Při tomto prohřátí pacient cítí slabé mravenčení v místě přiložení disků.

Po sejmutí disků se přiloží na prohřáté místo snímač potu, do něhož se pot přímo absorbuje na dobu asi 30 s. Pokud za tuto dobu se nevyprodukuje dostatečné množství potu, doba vyšetření se může prodloužit až na 1 hodinu.

Po vyšetření se zahřáté místo ošetří mastným krémem.

Možné komplikace:

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zajistit.

Nejčastější možné komplikace:

- výjimečně může dojít k popálení kůže v místě umístění elektrod (drobné červené tečky, puchýřky).

Alternativa: k tomuto vyšetření neexistuje adekvátní alternativa určení chloridů v potu, ale k vyloučení cystické fibrózy lze provést genetické vyšetření – nejedná se však o screeningové vyšetření.

Prohlašuji, že jsem pravdivě informoval/a ošetřujícího lékaře/ku o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil/a jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Souhlas s výkonem:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a a srozumitelně informován/a o výše uvedeném výkonu, jeho možných rizicích, komplikacích, následcích a mohl/a jsem klást doplňující otázky.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení zákroků nutných k záchraně života, souhlasím s jejich provedením.

Souhlasím s možným podáním krevních derivátů a krevní plasmy.

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že poučení jsem porozuměl/a a s výkonem souhlasím.

Podpis pacienta / zákonného zástupce:.....

Datum:.....

Podpis lékaře provádějícího poučení (včetně razítka pracoviště).....