

# Městská nemocnice, a. s.

Vrchlického 1504  
544 01 Dvůr Králové n. L.  
IČO: 25262238  
DIČ: CZ25262238

Telefon: 499 300 611,  
499 300 + č. linky  
Fax: 499 320 515  
WWW: www.mndk.cz  
E-mail: mndk@mndk.cz

## Identifikace pacienta

Pacient: .....  
R.č.: .....  
Bydliště: .....  
Kód ZP: .....

## Informovaný souhlas pacienta s výkonem NITROŽILNÍ PODÁNÍ JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

požadované vyšetření: .....  
datum vyšetření: .....  
premedikace: .....  
hodnoty hladiny kreatininu: .....  
alergie: ano – na co ..... / ne\*  
    předchozí reakce na jodovou kontrastní látku ..... ano / ne\*  
    polyvalentní alergik ..... ano / ne\*  
    astmatik ..... ano / ne\*  
diabetes mellitus: ..... ano / ne\*  
jiná onemocnění: ano / jaké ..... / ne\*  
u žen: těhotenství v současné době ..... ano / ne\*  
    antikoncepce ..... ano / ne\*

### Rizika nitrožilní aplikace kontrastní látky

Při aplikaci kontrastní látky do žíly může dojít k alergické reakci, jejíž projevy mohou být kopřivka, nevolnost (pocit na zvracení až zvracení), dušnost, změny krevního tlaku a pulsu. Může dojít až k rozvinutí anafylaktického šoku, který může vést k srdeční zástavě. Pracoviště je vybaveno pomůckami a léky k zajištění zvládnutí těchto nežádoucích reakcí.

Prohlašuji, že jsem byl/a jasnou a mně srozumitelnou formou informován/a o diagnostickém postupu a všem informacím jsem jasně porozuměla/a a jsem obeznámen/a s postupem i možnými komplikacemi výkonu. Rovněž mi bylo umožněno klást otázky a diskutovat s lékařem o této problematice.

S provedením RTG nebo CT vyšetření s podáním jodové kontrastní látky nitrožilně:

**souhlasím – nesouhlasím\***

Datum: .....

Podpis pacienta (zákonného zástupce): .....

Podpis a razítko indikujícího lékaře: .....

\* *nehodící se škrtněte*