

Clonidinový test

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o zátěžovém Clonidinovém testu. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je Clonidinový test:

Clonidinový test je invazivní vyšetření, při kterém se podává k vypití sladký sirup.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Clonidinový test indikuje lékař k vyšetření dětí s poruchou růstu při podezření na nedostatek růstového hormonu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Test probíhá ambulantně v přítomnosti rodiče, event. jiného doprovodu dítěte. Dítě ráno v den testu nesnídá, ale musí se dostatečně napít tekutin.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Dítěti zavedeme kanylu i. v. (do žíly), provedeme odběr krve. Poté dítě vypije sladký sirup. V pravidelných intervalech 60, 120 min. sestra provede odběr krve z kanyly. Pacient při vyšetření leží. V průběhu testu sestra sleduje celkový stav pacienta, měří vitální funkce (krevní tlak, pulz, saturaci kyslíkem).

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Test je dobře snášen, může dojít k poklesu krevního tlaku, spavosti, nevolnosti, zvracení.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po ukončení testu se dítě nají, napije, je odstraněna kanyla a odchází domů. V případě zdravotních potíží, může být po nezbytně nutnou dobu sledováno na dětském lůžkovém oddělení.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Nejsou žádné možné alternativy výkonu

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře