

Dexamethazonový 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 dexamethazonovém 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 dexamethazonový test:

Dexamethazonový test je invazivní vyšetření, při kterém se provádí odběr krve a podávají se tablety per os (ústí).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Dexamethazonový test indikuje lékař ke zhodnocení funkce nadledvin.

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 provedeme ráno odběr krve. Poté odchází domů a doma večer ve 23 hodin spolkne 2 mg Dexamethazonu v tabletové formě. Druhý den ráno se provede na naší ambulanci další odběr krve ze žíly. Poté dítě odchází domů.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Test je dobře snášen, ve výjimečných případech se může objevit alergická reakce (vyrážka, dechové potíže).

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Není potřeba zvláštního režimu.

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 vysvětlující 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