

Kontinuální měření glykémie

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 kontinuálním měření glykémie. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem (event. zdravotní sestrou), který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je kontinuální měření glykémie:

Kontinuální měření glykémie je invazivní vyšetření, při kterém se měří glykémie v průběhu 24 hodin senzorem zavedeným do podkoží.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Kontinuální měření glykémie indikuje lékař u pacientů s častými hypoglykémiami, s výkyvy glykemií, s neuspokojivou kompenzací diabetu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Není potřeba speciální příprava.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Zavedení senzoru probíhá ambulantně v přítomnosti rodiče, event. jiného doprovodu dítěte. Po předchozí důkladné dezinfekci místa vpichu pomocí zavaděče zavedeme senzor do podkoží, nejčastěji v oblasti hýždě, břicha nebo paže. Po přibližně 5–10 minutách, kdy je potřeba vyčkat zvlhčení senzoru, se připojí minilink (vysílač).

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Možnost drobného krvácení a hnisání v místě vpichu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po edukaci pacient odchází domů.

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