

ACTH test

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o zátěžovém ACTH 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 ACTH test:

ACTH test je invazivní vyšetření, při kterém se podává léčivo do žilního oběhu.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

ACTH test indikuje lékař ke zhodnocení primární nebo sekundární nedostatečnosti nadledvin.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Test probíhá ambulantně nebo za hospitalizace. Ráno v den testu se nesnídá, ale musíte se dostatečně napít tekutin.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Zavedeme Vám kanylu do žíly, provedeme odběr krve. Poté aplikujeme do žíly léčivo (Synacthen 250ug). Za 30 a 60 minut sestra provede odběr krve. Pacient při vyšetření leží, event. sedí. V průběhu testu sestra sleduje celkový stav pacienta, dle stavu kontroluje životní funkce (krevní tlak, pulz).

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:

Po ukončení testu se najíte, napijete, je Vám odstraněna kanyla a odcházíte domů. V případě zdravotních potíží můžete být po nezbytně nutnou dobu sledován(a) na interním lůžkovém oddělení.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Nejsou žádné možné alternativy výkonu.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i 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