

Stodská nemocnice, a. s.
Hradecká 600
333 01 Stod

SOUHLAS S PODÁNÍM KONTRASTNÍ LÁTKY BĚHEM RTG, VYŠETŘENÍ

Jméno pacienta: Číslo pojištěnce:...../.....
Zdravotní pojišťovna: Oddělení:
RTG vyšetření:

Jste na něco alergický? (udejte na co – léky, pyly, astma atp).....
.....

Popište průběh alergické reakce (nauzea, kopřivka, zarudnutí kůže, dýchací
potíže, bezvědomí) :.....
.....

Byla Vám někdy aplikována kontrastní látka? (udejte při jakém vyšetření)
.....

Možné vedlejší účinky kontrastní látky: pocit sucha v ústech, horko v okolí
vyšetřované oblasti, tlak v okolí močového měchýře, zvýšený tlak krve do hlavy.

Možné projevy alergické reakce po podání kontrastní látky: pocit na
zvracení, svědění kůže, kopřivka, rudé skvrny na kůži, dýchací potíže, ztráta vědomí –
anafylaktický šok, smrt.

Svým podpisem dávám souhlas k aplikaci kontrastní látky během
vyšetření a seznámil/a jsem se s výše uvedenými možnými vedlejšími a
alergickými projevy po její aplikaci. V případě komplikací souhlasím
s neodkladnými výkony nutnými k záchraně života nebo zdraví.

Datum a podpis pacienta (zákonného zástupce).....