



NEMOCNICE TÁBOR, a.s.
Radiodiagnostické oddělení
Kpt. Jaroše 2000; 39003 Tábor
Tel.: 381 607 201

INFORMOVANÝ SOUHLAS S CT VYŠETŘENÍM

Pacient:

Jméno a příjmení:

RČ:

Zdravotní pojišťovna:

Zákonný zástupce (u dětí a mladistvých do 18-ti let):

Jméno a příjmení:

Vztah:

Datum narození:

(otec, matka, opatrovník, apod.)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař vyšetření **výpočetní tomografií**. Jedná se o moderní zobrazovací metodu, která zobrazuje vnitřní orgány těla. CT vyšetření slouží k prokázání a zhodnocení možné choroby ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení již známých změn. Podání jodové kontrastní látky během vyšetření slouží k lepšímu zviditelnění anatomických a zejména pak patologických (chorobných) struktur těla. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, které jsou Vám (Vašemu dítěti) poskytovány a k provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu.

Důvod provedení výkonu (vyšetření): Důvod vyšetření Vám byl sdělen ošetřujícím lékařem při návrhu vyšetření včetně možností alternativního vyšetření.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu (vyšetření): Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu. Alternativou v některých případech může být vyšetření ultrazvukem nebo magnetickou rezonancí.

Příprava na výkon (vyšetření): Na CT vyšetření se dostavte 15 minut před plánovanou dobou objednání! Nejméně 24 hodin před výkonem dbejte na zvýšený příjem tekutin. Pokud jdete na vyšetření bez kontrastní látky, není zde žádná speciální příprava. Před vyšetřením s podáním kontrastní látky je nutné 4 hodiny lačnit, tzn. nekouřit, nepřijímat žádnou potravu, tekutiny možné přijímat v malém množství (100 ml/hod.). Diabetici s renální insuficiencí užívající Metformin s hodnotou eGFR < 30 ml/min/1,73m² musí vysadit léky 48 hodin po aplikaci kontrastní látky s následnou kontrolou eGFR svého ošetřujícího lékaře. V některých případech Vám ošetřující lékař může podat před vyšetřením léky snižující riziko alergické reakce (Prednison, aj.).

Postup výkonu (vyšetření): Při CT vyšetření musíte sundat veškeré odnímatelné cizí předměty z vyšetřované oblasti, především šperky apod. Personál Vás poučí, které části oděvu musíte sejmout. Samotné vyšetření se provádí vleže na zádech (výjimečně na břiše) na vyšetřovacím stole, který zajíždí do CT přístroje (tunelu). Důležité je, abyste se během vyšetření nehýbal/a a dodržoval/a instrukce. V případě podání kontrastní látky Vám je napíchnuta žíla a zavedena flexila, přes kterou je podávána jodová kontrastní látka. Při podání kontrastní látky se u Vás může vyskytnout teplo po těle, pachuť v ústech, pocit na močení, nevolnost či bušení srdce, avšak tyto pocity za krátkou dobu odezní. Vyšetření trvá cca 5 – 10 minut a je naprosto bezbolestné.

Rizika a možné komplikace: Při CT vyšetření je využíváno rentgenové záření, které může za určitých okolností škodit zdraví, na druhé straně přínos CT vyšetření převyšuje riziko těchto škod. Obdržené dávky jsou sledovány a zaznamenány. V případě těhotenství pacientky může však dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj. Někdy po aplikaci kontrastní látky do krevního oběhu se můžou projevit alergické reakce. Nežádoucí komplikace lze při znalosti Vašeho zdravotního stavu předvídat a předcházet jim. Nežádoucí účinky po podání kontrastní látky jsou relativně málo časté a většinou bezvýznamné, bez trvalých následků. Mezi lehčí reakce patří pocit na zvracení či zvracení, kopřivka, alergický rýma, dušnost. Mezi těžké reakce patří pokles krevního tlaku, stažení dýchacích cest (bronchospasmus) s dušností, otok hrtanu, otok plic, šokový stav, ve výjimečných případech smrt. Kontrastní látka může přímým toxickým působením poškodit i některé orgány, zejména ledviny. Prevencí je dostatečný příjem tekutin po podání kontrastní látky. V místě vpichu při podávání kontrastní látky může vzniknout krevní podlitina, zánět v podkoží, či zánět žíly.

Chování po výkonu, možná omezení: CT vyšetření Vás nijak neomezí v obvyklém způsobu života. Po vyšetření s podáním kontrastní látky setrvejte 15 minut v čekárně a v případě jakýchkoliv potíží ihned hlaste personálu. Je vhodné přijímat tekutiny ve větším množství k rychlejšímu vyplavení kontrastní

látky z organismu. Pacient po dobu 2 měsíců nesmí absolvovat scintigrafii štítné žlázy či léčbu pomocí radiojodu.

Právo odmítnout navrhovaný výkon (vyšetření): Po rozhovoru s lékařem máte právo nesouhlasit s výkonem (vyšetřením). Pokud souhlas nebude dán, lékař Vám vysvětlí možné následky odmítnutí a učiní záznam, který oba podepíšete.

Prosím věnujte pozornost následujícím otázkám a pravdivě na ně odpovězte:

Máte nějakou alergii? <i>Jakou:</i>	ANO	NE
Byla Vám již v minulosti aplikovaná rentgenová kontrastní látka?	ANO	NE
Nastaly po ní nějaké komplikace? <i>Jaké:</i>	ANO	NE
Trpíte onemocněním ledvin?	ANO	NE
Trpíte onemocněním štítné žlázy?	ANO	NE
Máte cukrovku?	ANO	NE
Užíváte nějaké léky na cukrovku? <i>Jaké:</i>	ANO	NE
Vysadil/a jste léky na cukrovku 1 až 2 dny před vyšetřením?	ANO	NE
Užíváte léky na ředění krve? <i>Jaké:</i>	ANO	NE

Pro ženy:

Jste těhotná?	ANO	NE	NEVÍM
---------------	-----	----	-------

Prohlášení pacienta (zákonného zástupce):

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Na výše uvedené otázky jsem odpověděl/a pravdivě a nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí.

Souhlasím, pokud to bude pro navazující diagnostický či léčebný postup nezbytné, s předáváním nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením a zdravotním pojišťovnám v rozsahu, který povoluje zákon na ochranu dat.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a, nemám žádné další dotazy.

Souhlasím s vyšetřením ANO – NE

Souhlasím s případným podáním kontrastní látky ANO – NE

V Táboře dne:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce:

Jméno a podpis lékaře, který provedl poučení:

Vyplňte v případě, že pacient není schopen pro svůj zdravotní stav informovaný souhlas podepsat:

Důvod, pro který nemohl pacient souhlas podepsat:

Způsob projevu souhlasu:

☐ kývnutím hlavy ☐ gestem: ☐ očima ☐ jinak:

Jméno a příjmení svědka:

Datum narození:

není-li svědek zaměstnancem NT, a.s.

Podpis svědka: