

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PROVEDENÍM
ZDRAVOTNÍHO VÝKONU**

Plánovaný výkon:

VYŠETŘENÍ NA CT (VÝPOČETNÍM TOMOGRAFU)

Jméno a příjmení pacienta:..... RČ:.....

Seznámení provádějící lékař / pověřený radiologický asistent/ sestra

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu, a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ, možná omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů, možné omezení volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem. Prohlašuji, že jsem byl seznámen se způsobem provedení zvoleného vyšetření, stejně jako s případnými nutnými vedlejšími výkony (nitrožilní aplikace KL).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto provedeny. Souhlasím s nezbytným omezením volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

Otázky, jejichž zodpovězení je nutné k minimalizaci rizik výkonu:

Těhotenství :	ANO	VYLUČUJI
Alergie :	ANO	NE
Diabetes :	ANO	NE
Onemocnění ledvin, cév, srdce :	ANO	NE
Zvýšený sklon ke krvácení :	ANO	NE

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi.

Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.

V Náchodě dne:..... čas:.....

Podpis :
pacient (zákonný zástupce).....
seznámení provádějící lékař

Příloha k informovanému souhlasu

Vážená paní, vážený pane,
bylo Vám navrženo provedení zdravotního výkonu - **VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE – CT**.
Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osoby týkají.

Účel, povaha vyšetření a jeho předpokládaný prospěch:

Vyšetření počítačovým tomografem je moderní metoda zobrazující pomocí rentgenového záření tkáň lidského těla. Vyšetření umožní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované oblasti.

Průběh zdravotního výkonu - vyšetření:

Před tímto vyšetřením si musíte z ústní dutiny odstranit ústní odnímatelnou zubní protézu, pokud ji máte, a sundat z těla veškeré odnímatelné cizí předměty (ozdoby, náušnice, apod.). Doporučujeme Vám šperky a jiné cennosti ponechat doma.

V některých případech je nutné podat před vyšetřením léky k prevenci nežádoucí reakce na kontrastní látku buď formou tablet nebo zcela výjimečně formou injekce do žíly těsně před vyšetřením.

U některých vyšetřovaných orgánů je nutná speciální příprava (např. nutnost vyprázdnění, popíjení vody či jodové kontrastní látky, nálev či insuflace vzduchu do konečníku, apod.). O případné přípravě k vyšetření Vás informuje ošetřující či odesílající lékař, případně naši lékaři radiologové či radiologičtí asistenti.

Vyšetření je prováděno vleže. Délka vyšetření se liší podle konkrétního typu a vyšetřované části těla a činí 5 - 30 minut. Při vyšetření se řídíte pokyny zdravotnického personálu (např. zadržení dechu na krátkou dobu).

Při vyšetření ležíte na pohyblivém stole, který s Vámi zajede do krátkého tunelu. Pomocí výpočetního tomografu je zobrazena ta část lidského těla, kterou požaduje Váš odesílající či ošetřující lékař vyšetřit.

V případě potřeby Vám bude intravenózně (vstříkem do žíly) aplikována kontrastní látka (dále jen KL) v množství 50 - 120 ml (její množství je závislé na Vaší hmotnosti ale i na dalších faktorech). Kontrastní látka zvýrazní rozlišení jednotlivých tkání.

Údaje o dalším postupu a režimu po provedení výkonu:

Pokud není při vyšetření podána KL do žíly, odcházíte ihned po vyšetření a nemáte žádná omezení.

Po vyšetření s aplikací KL nitrožilně zůstáváte cca 30 minut v čekárně. Protože většina nežádoucích reakcí spojených s aplikací KL nastává v tomto časovém období, je Vám ponechána zavedená nitrožilní kanyla pro případ nutnosti aplikace léků v případě komplikací. Pokud nedojde ke komplikacím, je kanyla po uplynutí 30 minut odstraněna a můžete na pokyn zdravotnického pracovníka odejít.

Hospitalizovaní pacienti z oddělení, pokud u nich nenastanou komplikace, jsou ihned po vyšetření transportováni zpět na oddělení a kontrolu nad jejich zdravotním stavem zajistí ošetřující lékař.

Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a zdravotní způsobilosti:

Po vyšetření s podáním KL nitrožilně po dobu 12 hodin nesmíte řídit motorové vozidlo ani vykonávat žádnou jinou činnost vyžadující zvýšenou pozornost. Doporučujeme Vám doprovod dospělé osoby, která Vás na vyšetření doprovodí a po vyšetření se o Vás postará.

K vyšetření se dostavte nalačno. (Minimálně 4 hodiny před vyšetřením je povoleno vypít pouze malé množství tekutiny, ne však kávy či alkoholu).

Je-li Vám prováděno cílené vyšetření trávicího traktu (CT kolografie), je nutná Vaše důkladnější příprava ve smyslu vyprázdnění střeva, která spočívá v dietních opatřeních a pití tzv. očistných roztoků dle pokynů ošetřujícího lékaře, který vyšetření požaduje.

Před výkonem i po výkonu smíte užívat obvyklé léky. Jste-li diabetik, je nutné se o postupu poradit předem s Vaším lékařem a vyšetření je vhodné provést hned brzy po ránu.

Nejčastější rizika a následky výkonu:

Přestože se všichni snažíme minimalizovat veškerá rizika a komplikací vzniklým v souvislosti s tímto vyšetřením předcházet, je naší povinností Vás s nimi seznámit.

Rizika spojená s ozářením:

Poškození molekuly DNA, vznik zhoubných nádorů a genetických změn (vrozené vývojové vady u plodu), lokální účinky na kůži.

Riziko spojené s ozářením je však obecně nízké. Předpokládaný přínos provedeného vyšetření převyšuje možná rizika. Lékaři a radiologičtí asistenti vždy použijí jen nezbytně nutnou dávku záření.

Možné komplikace punkce žíly: Ruptura (prasknutí) žíly spojená s krevním výronem, únik KL mimo žílu, zánět žíly či okolí místa vpichu.

Možné vedlejší účinky při podání KL:

Pocit tepla, pocit sucha v ústech, tlak v okolí močového měchýře, zvýšený tlak krve do hlavy, závrať, přechodné ovlivnění funkce ledvin a možné projevy hypersenzitivní reakce po podání KL:

- lehké (častější 1/10 – 1/100): nevolnost, zvýšená sekrece hlenu v dýchacích cestách, skvrny na kůži
- střední (méně časté 1/100 – 1/1000): bušení srdce, bolest na hrudi, pokles krevního tlaku, zvracení, dýchací potíže, otoky,
- těžké (vzácné 1/1000 - 1/10000 a menší): kardiovaskulární selhání, šok, a v krajním případě i smrt.

Možné alternativy výkonu:

Dle vyšetřované oblasti lidského těla - nejčastěji ultrazvuk a magnetická rezonance.

Další:

Nahlaste, prosím, všechny Vaše alergie a jejich projevy včetně bronchiálního astmatu ošetřujícímu lékaři nebo ošetřujícímu personálu. Některé z nich mohou být rozhodující pro použití či výběr KL nebo další premedikaci před vyšetřením.

U žen v reprodukčním věku:

Svým podpisem na straně č. 1 tohoto dokumentu stvrzujete své prohlášení, že nejste těhotná či není pravděpodobné, že byste mohla být těhotná, a jste si vědoma případných rizik plynoucích z ozáření plodu.