



NEMOCNICE
HAVLÍČKŮV
BROD

PÍSEMNÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIÍ (CT)

Jméno a příjmení pacienta:
Rodné číslo:
Oddělení:

Popis vlastního vyšetření: Váš ošetřující lékař Vám doporučuje provedení vyšetření počítačovou tomografií (CT). CT je moderní metoda využívající účinků rentgenového (RTG) záření, které jsou do určité míry pro organismus zatěžující a její použití je třeba důkladně zvážit. Ke kvalitnímu vyšetření cév a orgánů, je dále nutné nitrožilní podání jodové kontrastní látky, o kterém rozhoduje lékař přímo na CT pracovišti.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu.

Důvod provedení vyšetření: Diagnostické CT vyšetření dle zvážení ošetřujícího lékaře přispěje k objasnění či kontrole Vašeho zdravotního stavu, což může mít vliv na další průběh léčby.

Alternativy (jiné možnosti) vyšetření: Údaje, zda má navrhované vyšetření jiné alternativy, Vám poskytl Váš ošetřující lékař, který doporučil toto CT vyšetření.

Příprava před vyšetřením: K vyšetření s kontrastní látkou se dostavte nalačno, minimálně 4 hodiny před vyšetřením se můžete lehce napít - ne kávu či alkohol. Je-li prováděno vyšetření trávicího traktu, pak je nutná důkladnější příprava - vyprázdnění střeva, podle pokynů Vašeho lékaře, který Vás na vyšetření objednává.

V případě, že trpíte alergií na jakékoliv látky (včetně pylové alergie, bodnutí hmyzem, či alergií na jód), upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře i personál CT pracoviště. Důležité je také informovat, zda jste v minulosti neprodělal/a alergickou reakci na podání kontrastní látky při RTG vyšetření. Informujte také o případné kožní reakci na dezinfekční přípravky a netrpíte-li poruchou funkce ledvin, či bronchiálním astmatem.

V případě nutnosti podání kontrastní látky Vám bude zajištěn nitrožilní přístup zpravidla na paži (obdobný vpich jako při odběru krve).

Vyšetření je prováděno vleže a je nutné se řídit pokyny zdravotnického personálu.

Během a bezprostředně po nitrožilním podání kontrastní látky se u Vás mohou vyskytnout průvodní jevy kontrastní látky, zejména pocit tepla, páchnutí v ústech nebo pocit na močení. Tyto pocity za krátkou dobu odezní.

Vyšetření se může provádět bez nutnosti podání kontrastní látky a jakákoliv příprava ani zajištění nitrožilního přístupu není nutné.

Rizika a možné komplikace vyšetření: Případnou závažnou komplikací jsou projevy tzv. alergické reakce na podání jodové kontrastní látky. Při podávání moderních kontrastních látek dochází však k závažnějším komplikacím pouze výjimečně. Personál CT pracoviště je připraven a schopen případné komplikace řešit.

Existují určitá rizika, která jsou spojena s podáním kontrastní látky:

- Může dojít k alergické reakci či toxické reakci na podanou kontrastní látku, v mimořádných případech si tyto komplikace vyžadují rychlou lékařskou pomoc a uložení na lůžko intenzivní péče
- Při závažných anafylaktických stavech může dojít k postižení ledvin, plic a tyto stavy mohou navodit selhání srdce.
- V místě vpichu se může po vyšetření objevit krevní výron, což obvykle nevyžaduje zvláštní péči.
- Ženy ve věku 15-50 let stvrzují podpisem, že nejsou těhotné či není pravděpodobné, že by těhotné být mohly, neboť se jedná o výkon spojený s ionizujícím zářením a existuje riziko významného poškození plodu.

-
-

Možná omezení způsobu života, nebo pracovní schopnosti: Vzhledem k tomu, že ke zdravotním komplikacím může výjimečně dojít i v delším období po vyšetření, je vhodné se k vyšetření dostavit s doprovodem a po vyšetření vyčkat minimálně 20 minut v čekárně CT pracoviště.

Kontrastní látka se převážně vylučuje ledvinami a je tedy nutné zvýšit příjem tekutin, pokud není v rozporu s Vaším zdravotním stavem či léčbou.

Pokud Vaše vyšetření proběhlo bez podání kontrastní látky, pak můžete odejít ihned po jeho skončení. V případě nejasností či dotazů se obraťte na vyšetřující personál CT pracoviště.

Pacientův písemný souhlas:

Já, níže podepsaný pacient/ka, potvrzuji:

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a potřebu navrhovaného CT vyšetření. Jsem srozuměn/a s riziky, která jsou s tímto vyšetřením spojena i s riziky, která jsou specifická s ohledem na můj zdravotní stav;
- že mě ošetřující lékař seznámil s možnými alternativami CT vyšetření a s možnými riziky;
- že mi bylo umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánovaného vyšetření, případných dalších rizik a možných alternativ*

.....
které byly zodpovězeny k mé spokojenosti;

- nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.
- souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s prováděním CT vyšetření.

Prohlášení lékaře:

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou provedení CT vyšetření, s jeho riziky, s dalšími alternativami vyšetření a jejich riziky a s následky v případě, že se pacient vyšetření nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (jeho zákonnému zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Já, pacient, výše uvedenému rozumím a dávám písemný souhlas k provedení CT vyšetření

Datum, jméno a podpis pacienta: _____

Jméno a podpis zákonného zástupce: * _____

Datum: _____

Jméno a podpis lékaře indikujícího: _____

Jméno a podpis lékaře provádějícího: _____

*vyplnit při potřebě