

Pacient/ka
jméno příjmení

Telefon Rodné číslo:

Adresa

Sítek

Poznámka: vyplňte údaje nebo nalepte štítek

Na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař/ka provedení vyšetření výpočetní tomografií (CT). Vzhledem k určitým rizikům vyplývajícím z principu metody je zapotřebí Vás dostatečně informovat o přípravě, způsobu provedení a případných komplikacích spojených s tímto vyšetřením.

1 Účel, povaha a předpokládaný prospěch

Diagnostické CT vyšetření dle zvážení ošetřujícího lékaře/ky přispěje k objasnění či kontrole Vašeho zdravotního stavu, což může mít vliv na další průběh léčby. CT je moderní metoda využívající účinků rentgenového záření, které jsou do určité míry pro organismus zatěžující a její použití je třeba důkladně zvážit. Vyžaduje-li si to charakter vyšetření, je dále nutné nitrožilní podání jodové kontrastní látky, o kterém rozhoduje lékař přímo na CT pracovišti. Máte-li předchozí zkušenosti s aplikací jodové kontrastní látky, informujte vyšetřující personál.

Příprava před vyšetřením: k vyšetření se dostavte nalačno (min. 4 hodiny před vyšetřením nejíst, pouze malé množství tekutiny, ne kávu a alkohol). Je-li prováděno cílené vyšetření trávicího traktu (tenké a tlusté střevo), je nutná důkladnější příprava (vyprázdnění střeva) dle pokynů ošetřujícího lékaře, který vyšetření objednává. Další nutná příprava pak bude provedena v den vyšetření dle pokynů lékaře radiologa.

V případě, že trpíte alergií na jakékoli látky (včetně pylové alergie či bodnutí hmyzem), upozorněte na to předem Vašeho ošetřujícího lékaře i personál CT pracoviště. Velmi důležité je informovat ošetřujícího lékaře i personál CT pracoviště, zda jste v minulosti neprodělal/a alergickou reakci na nitrožilní podání jodové kontrastní látky, a to nejen při CT vyšetření, ale i při vyšetření cév (angiografie a flebografie) nebo ledvin (vylučovací urografie). Informujte také o případné kožní reakci na dezinfekční přípravky s obsahem jódu. Dále sdělte personálu CT pracoviště, zda trpíte poruchou funkce ledvin, bronchiálním astmatem či zeleným očním zákalem.

Na základě informací od Vás a Vašeho ošetřujícího lékaře radiolog zváží nutnost nitrožilního podání kontrastní látky, případně doporučí preventivní podání léků k vyloučení možných komplikací spojených s nitrožilním podáním kontrastní látky na základě doporučení v Metodickém listu intravaskulárního podání jodových kontrastních látek schváleného výborem RS ČLS JEP (Radiologická společnost české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně).

Průběh vyšetření: Vyšetření se může provádět bez nutnosti podání kontrastní látky a jakákoli příprava ani zajištění nitrožilního přístupu není nutná.

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 přesně řídit pokyny zdravotnického personálu.

Během a bezprostředně po nitrožilním podání se u Vás mohou vyskytnout průvodní jevy kontrastní látky, zejména pocit „tepla po těle“, ojedinele se může dostavit nevolnost či bušení srdce. Tyto pocity za krátkou dobu odezní.

2 Následky a možná rizika výkonu

Případnou závažnou komplikací jsou projevy tzv. alergické reakce, ke kterým může dojít, přestože jste se s nimi ještě nesetkal/a a byl/a jste již jodovou kontrastní látkou vyšetřován/a. Při podávání moderních, tzv. neionických kontrastních látek, však k závažnějším komplikacím dochází zřídka. Rozpoznání i způsob léčby těchto komplikací závisí na závažnosti alergické reakce a personál CT pracoviště je na ně připraven.

3 Jako alternativy shora uvedeného výkonu lze provést

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda máte možnost si zvolit z několika jiných vyšetřovacích postupů Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

4 Doporučený výkon má tyto a) výhody, b) nevýhody

a) Výhody - možnost celotělového vyšetření, vysoká specifita a senzitivita, rychlost vyšetření, dostupnost

b) Nevýhody - alergická reakce na podanou jodovou kontrastní látku, vysoká radiační zátěž, těhotenství (relativní kontraindikace), nemožnost podání kontrastní látky u pacientů s renálními poruchami.

5 Případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v 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 15 minut v čekárně CT pracoviště. Nemělo by dojít k žádnému omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti. Pokud se Vaše vyšetření obešlo bez podání kontrastní látky, pak můžete ihned po vyšetření odejít. V případě nejasností či jakýchkoli dotazů se samozřejmě obraťte na vyšetřující personál.

6 Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

Po podání léků tlumících alergickou reakci (např. Dithiaden) je vyloučeno řízení motorových vozidel.

Kontrastní látka se převážně vylučuje ledvinami, je tedy vhodné po vyšetření zvýšit příjem tekutin, pokud to není v rozporu s Vaším zdravotním stavem či léčbou. Tím se vyloučení této látky urychlí.

7 Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze).

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

8 Poučení a prohlášení

Pacient byl poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.

8.1 Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům)

(vyplní lékař/ka - zdravotnický pracovník - poskytující údaje a poučení)

- Pacient s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotním výkonem) souhlasí/nesouhlasí (nehodící se škrtněte).
- Názor pacienta nebyl zjištěn, neboť údaje uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotním výkonem) týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) nebyly tomuto pacientovi poskytnuty z důvodu (např. nízký věk pacienta/ky):

8.2 Souhlas pacienta

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně a svobodně souhlasím s výše uvedeným výkonem, a že jsem byl/a informován/a o rizicích tohoto postupu.

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi vše osobně vysvětlil, porozuměl/a jsem sdělenému, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno. Bylo mi umožněno si vše řádně a v dostatečné časové lhůtě rozvážit. Svým podpisem projevuji výslovný souhlas s provedením zákroku.

Lékař/ka provádějící poučení: Podpis:

Pacient/ka*): Podpis:

Zákonný zástupce*): Podpis:

8.3 Pacient/ka není schopen/a podpisu.

Svůj souhlas vyjádřil(a)):** kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Lékař/ka provádějící poučení: Podpis:

Svěddek: Podpis:

8.4 Pacient odmítl podepsat souhlas

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl souhlas podepsat.

Lékař/ka provádějící poučení: Podpis:

Svěddek: Podpis:

V Rokycanech dne: Hod.: