

INFORMOVANÝ SOUHLAS
s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

Jméno a příjmení pacienta/pacientky ¹	Rodné číslo
Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka ² - u zák. zástupce příbuzenský vztah	
Označení zdravotního výkonu/typ výkonu	
CT vyšetření Diagnostický výkon	

1. výkon

Vyšetření počítačovým tomografem – CT vyšetření - je moderní metoda, která používá rentgenové záření k zobrazení orgánů a struktur celého těla a tím pomáhá odhalovat příčiny nemoci.

CT vyšetření je mnohem podrobnější nežli jiné metody, např. snímky či ultrazvukové vyšetření, přináší však mnohem větší dávku rtg záření. Proto je nutno toto vyšetření pečlivě zvažovat. Radiační dávka u každého pacienta je monitorovaná a optimalizovaná.

Při vyšetření ležíte na pohyblivém stole, který s Vámi zajede do malého otevřeného tunelu. Pomocí přístroje je vyšetřena požadovaná část těla, vlastní vyšetření přístrojem trvá několik minut.

Při většině CT vyšetření je nutno podat do žíly kontrastní látku k lepšímu zobrazení důležitých podrobností, některé struktury nelze bez kontrastní látky vůbec vyšetřit, např. cévy.

O nutnosti podání kontrastní látky rozhoduje lékař na rentgenovém pracovišti. V tom případě je Vám do žíly zavedena kanyla „hadička“ zdravotníkem oddělení.

Po vyšetření s kontrastní látkou je nutno u ambulantních pacientů vyčkat v čekárně cca 20 min. se zajištěnou žílou pro případ vzniku komplikace po výkonu. Po této době je kanyla odstraněna a můžete odejít. Hospitalizovaní pacienti jsou odvedeni zpět na oddělení, kde jsou pod dohledem ošetřujícího personálu.

K provedení vyšetření potřebujeme Váš písemný souhlas a také potřebujeme znát některé údaje o Vašem zdravotním stavu.

Byla Vám (pacientovi) již někdy aplikována kontrastní látka ☐ ANO ☐ NE

Měl/a jste (pacient) alergickou reakci na kontrastní látku ☐ ANO ☐ NE

Jakou _____

Máte (pacient) na něco alergie?

(léky, pyly, potraviny, včelí bodnutí, jodové desinfekční prostředky atd.)

Jakou _____

U žen - jste (je pacientka) těhotná ☐ ANO/NEJSEM SI JISTA ☐ NE
- kojíte ☐ ANO ☐ NE

¹ Vlepit štítek nebo vepsat.

² Nehodící se škrtněte.

2. rizika

- Rizika spojená s rtg ionizujícím zářením: poškození molekuly DNA, vznik zhoubných nádorů a genetických změn (vrozené vývojové vady u plodu) – u žen v produktivním věku proto vyžadujeme potvrzení, že nejsou těhotné!

- Možné komplikace punkce žíly: ruptura (prasknutí) žíly spojené s krevním výronem, únik kontrastní látky mimo žílu, zánět žíly či okolí místa vpichu.

- Možné průvodní jevy při podání kontrastní látky: sucho v ústech, pocit tepla v těle, bušení srdce.

- Závažnější nežádoucí účinky jsou alergické reakce různého stupně: nevolnost, zvracení, svědění kůže, kopřivka, dýchací potíže, křeče.

- Ve velmi vzácných případech mohou nastat těžké reakce se ztrátou vědomí a kardiiovaskulárním selháním.

Na našem oddělení používáme kvalitní, v naprosté většině případů dobře snášené kontrastní látky, riziko závisí na individuální vnímavosti pacienta a aktuálním zdravotním stavu.

Na výskyt nežádoucích reakcí jsme připraveni, jakékoliv obtíže po vyšetření je nutno ihned nahlásit zdravotnickému personálu!

3. alternativy

Vyšetření bez ionizujícího záření – ultrazvuk či magnetická rezonance.

Vyšetření UZ přináší méně informací, vyšetření NMR je hůře dostupné, časově i finančně náročnější.

4. omezení

Kontrastní látka může nepříznivě ovlivnit činnost vyžadující zvýšenou pozornost, pohybovou koordinaci a rychlé rozhodování. Rychle se však vylučuje ledvinami, proto je po vyšetření žádoucí zvýšit příjem tekutin!

Pacient/pacientka (zákonný zástupce/opatrovník):

1. Přečtete si pozorně tento informovaný souhlas vysvětlující podstatu navrhovaného výkonu.
2. Pokud jste plně nerozuměl/a vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) byl poučen o svém právu klást doplňující otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženým zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli, a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních výkonů, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. Bere na vědomí, že zdravotní výkon nemusí být proveden ošetřujícím lékařem. Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) prohlašuje, že podaným informacím rozumí, nemá žádné otázky ani nejasnosti a vyslovuje svůj svobodný a informovaný souhlas s uvedenými zdravotními výkony. Současně prohlašuje, že na všechny otázky obdržel srozumitelnou odpověď a vyslovuje souhlas s provedením dalších zde neuvedených výkonů, bude-li to potřebné pro ochranu života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

Podpis pacienta/pacientky případně zákonného zástupce/opatrovníka ³	V Jilemnici dne: v hodin
Jméno, příjmení (jmenovka) a podpis lékaře	V Jilemnici dne: v hodin

Pacientovi/pacientce bránily v podpisu tohoto informovaného souhlasu tyto důvody:

.....

☐ Svou vůli projevil/a tak, že

.....

☐ Pacient/pacientka se nemohl/a osobně vyjádřit

Svědék, který byl přítomen projevu vůle k souhlasu

Jméno, příjmení	Podpis	V Jilemnici dne: v hodin

³ Nehodící se škrtněte.