

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s CT vyšetřením (computed tomography) – výpočetní tomografie**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Výška:	Váha:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu**CT vyšetření (computed tomography) – výpočetní tomografie****Účel výkonu**

CT vyšetření, ke kterému jste se dostavil(a) na naše pracoviště, je specializované vyšetření různých oblastí hlavy, těla a končetin s počítačově zpracovaným výsledným obrazem. Při asi polovině CT vyšetření se nitrožilně podává kontrastní látka.

Povaha výkonu

Před vyšetřením s nitrožilním (event. intratepenným) podáním kontrastní látky je nezbytné:

- 4 hodiny před vyšetřením nejíst, tekutiny je možné přijímat
- 1 – 2 hodiny před vyšetřením břicha a pánve podle pokynů postupně vypít 0,5 až 1 litr zředěné kontrastní látky.
 - Při užívání perorálních antidiabetik obsahujících METFORMIN vysadit tyto léky 48 hodin před vyšetřením a začít je opět užívat 48 hodin po vyšetření

Technika CT vyšetření:

- Vyšetření je nebolestivé, trvá 10 – 30 minut.
- Vlastní vyšetření je prováděno vleže na motoricky ovládaném pohyblivém stole, který se posunuje do vyšetřovacího kruhového tunelu přístroje.
- Při vyšetření je pro získání kvalitních výsledků nezbytně nutná Vaše spolupráce ve smyslu naprostého pohybového klidu, většinou spojeného se zadržením dechu.
- Při asi polovině CT vyšetření se nitrožilně podává kontrastní látka, což je spojeno s pocitem tepla rozlévajícím se po celém těle.

Po vyšetření je nezbytné!

- po nitrožilním podání kontrastní látky zůstat 30 minut v čekárně CT pracoviště
- dostatečný příjem tekutin.

**V případě jakýchkoliv potíží (bolesti hlavy, břicha, nevolnost, dechové obtíže atd.)
okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**

Předpokládaný prospěch výkonu

Zobrazení a zhodnocení patologických nebo tvarových změn ve vyšetřované oblasti nutné k eventuálním dalším léčebným výkonům.

Alternativa výkonu

Vyšetření magnetickou rezonancí eventuálně ultrazvukem, tam kde je to vhodné a možné.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Komplikace při CT vyšetření nejsou časté. S rozvojem nových technologií, vedoucích ke zdokonalení přístroje i kontrastních látek, došlo k jejich dalšímu výraznému snížení. Nejčastější možné komplikace jsou:

- alergická reakce na kontrastní látku – tyto reakce jsou vzácné, nejčastěji jsou lehké (např. nevolnost, kopřivka, dušnost, otoky), zcela výjimečně může dojít k těžké reakci až ohrožení života.

K vyšetření, které podstupujete, je nutné použít rentgenové záření. Vaše RTG vyšetření je však nezbytné. Riziko spojené s využitím rentgenového záření je mnohem menší než riziko důsledků spojených s neprovedením vyšetření. Technické podmínky každého RTG vyšetření jsou nastaveny tak, aby Vaše ozáření bylo co nejmenší.

Následky výkonu

Pokud nedojde k závažné reakci na kontrastní látku, pak bez možných následků.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

Pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

1. Měl(a) jste alergickou reakci po předchozím podání jodové kontrastní látky intravenózně?	ANO	NE
2. Jedl(a) jste 4 hodiny před vyšetřením?	ANO	NE
3. Léčíte se na astma bronchiale?	ANO	NE
4. Jste těhotná?	ANO	NE
5. Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku?	ANO	NE
6. Pokud se léčíte s cukrovkou, berete perorální preparáty s METFORMINEM?	ANO	NE
7. Vysadil(a) jste preparáty s METFORMINEM 48 hodin před tímto vyšetřením?	ANO	NE
8. Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke zvýšené srážlivosti krve?	ANO	NE

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti SZŠ, VOŠ, studenti LF UP apod.) prováděly lékařskou a ošetrovatelskou péči v rámci výuky v souladu s vnitřními předpisy FNOL.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby výše uvedené osoby mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE

- že souhlasím s využitím výsledků mých vyšetření v rámci běžných diagnostických a léčebných postupů k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány <u>pouze v anonymní formě</u> .	ANO	NE
Jako zákonný zástupce (opatrovník) chci být přítomen RTG vyšetření přímo ve vyšetřovně. Beru na vědomí, že se při vyšetření používá RTG záření. Bude mi k podpisu předložen Informovaný souhlas s nelékařským ozářením.	ANO	NE

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba (osoby):		ANO	NE
Jméno a příjmení:	adresa:	Tel.:	
Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla(y) právo:			
a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace		ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace		ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci	Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina