

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

Počítačová tomografie - CT

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní, vážený pane,
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno vyšetření počítačovou tomografií.

Co je to CT – počítačová tomografie:

Počítačová tomografie (dále CT) je moderní metoda, která umožňuje kvalitní zobrazení vnitřních orgánů Vašeho těla. Tato metoda využívá stejně jako běžný rentgenový přístroj účinků rentgenového záření a počítačový systém tyto informace zpracovává.

Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

Vyšetření indikuje ošetřující lékař s cílem zjistit příčinu vašich potíží (podezření na zánětlivá, nádorová onemocnění trávicích, vylučovacích, dýchacích orgánů, svalů, kostí kostry, úrazy).

Alternativy vyšetření:

Vždy záleží na povaze Vašeho onemocnění a rozhoduje lékař, který CT vyšetření indikuje ve spolupráci s radiologem. Obecně je možné použít ultrazvukové a rentgenové vyšetření nebo vyšetření pomocí magnetické rezonance.

Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

Před výkonem je nezbytné minimálně 4 hodiny nepít, nejíst, nekouřit a nepoužívat léky nezbytně nutné. Před vyšetřením rovněž užívejte 2 tablety Dithiadenu. U hospitalizovaných pacientů je ordinace Dithiadenu v kompetenci lékaře. Čas vyšetření, na který jste objednáni, nemusí být vždy zcela dodržen z důvodu akutních vyšetření hospitalizovaných pacientů nebo pacientů z urgentního příjmu, omlouváme se za to a žádáme Vás o trpělivost. Součástí vyšetření orgánů dutiny břišní a malé pánve je perorální podání (pití) roztoku kontrastní látky a vody nebo vody samotné (dle určení vyšetřujícího lékaře). Vyšetření se tak může prodloužit až o 2 hodiny. O průběhu vyšetření budete informováni ošetřujícím personálem a také z reproduktoru během vlastního vyšetření.

Jaký je postup při provádění vyšetření:

Budete požádáni o vyslečení (u žen vč. podprsenky) do spodního prádla (netýká se vyšetření mozku) a odložení všech šperků, které budete mít na sobě. Proto doporučujeme tyto cennosti před vyšetřením nechat doma. Dále můžete být požádáni o odložení náhradní vyjímatelné zubní protézy. Pokud Vaše vyšetření vyžaduje podání kontrastní látky, bude Vám zavedena kanyla, obvykle do horní končetiny. Budete uloženi na vyšetřovací stůl a zavezení do CT přístroje (většina vyšetření se provádí vleže na zádech s nataženými rukama za hlavou). Reproductor v přístroji Vás bude informovat o zadržení dechu, stůl s Vámi bude opakovaně projíždět CT přístrojem. Během skenování Vám, je-li to nutné, bude aplikována kontrastní látka do předem zavedené kanyly. Během samotného vyšetření se, prosím, nehýbejte a ležte v klidu, samotné vyšetření trvá v řádu několika minut.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý výkon i tento je spojen s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

Možné vedlejší účinky při podání kontrastní látky:

- pocit sucha v ústech, pocit tepla, tlak v okolí močového měchýře, zvýšený tlak krve do hlavy – většinou po krátkém časovém intervalu odezní.
- Možné projevy alergické reakce po podání kontrastní látky:
 - ✓ lehké (častější): nevolnost, zvýšená sekrece hlenu v dýchacích cestách, skvrny na kůži,
 - ✓ střední (méně časté): bušení srdce, bolest na hrudi, pokles krevního tlaku, zvracení, dýchací potíže, otoky,

✓ těžké (vzácné): kardiovaskulární selhání, šok, smrt.

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

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k dalšímu výkonu, operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení vyšetření:

Vzhledem k možnosti pozdní alergické reakce čeká pacient po skončení vyšetření 20 minut v čekárně, po tuto dobu je mu ponechána zavedená kanyla. Pokud nejsou patrné známky nevolnosti či alergie, je po uplynutí této doby pacientovi kanyla odstraněna a odchází domů, vždy s doprovodem a poučen v případě aplikace Dithiadenu a zákazu řízení motorového vozidla. Po vyšetření je pacient poučen o zvýšeném příjmu tekutin k vyloučení kontrastní látky co nejdříve z organismu. U hospitalizovaných pacientů je po vyšetření pacient odvezen na oddělení, kde kontrolu nad jeho zdravotním stavem zajišťuje lékař. Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch vyšetření:

Detekce patologických stavů organismu.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého vyšetření, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s vyšetřením. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO NE

Doplňující údaje lékaře: (nutno doplnit nebo proškrtnout)

.....
.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského vyšetření uvedeného výše.

Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění vyšetření může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného vyšetření nebo provedení dalšího nutného vyšetření či výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že s uvedeným vyšetřením souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta, (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu vyšetření pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto vyšetření a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:..... **Podpis:**.....

Důležité dotazy k prevenci vzniku komplikací: správnou odpověď ZAKROUŽKUJTE

- | | |
|--|----------|
| 1. Jste těhotná? | ANO - NE |
| 2. Je či není pravděpodobné, že byste mohla být těhotná? | ANO - NE |
| 3. Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke srážení krve? | ANO - NE |
| 4. Máte alergii? | ANO - NE |

V případě kladné odpovědi udejte, na co jste alergický (á) (léky, **kontrastní látky, jod**, jiné):

.....
.....

- | | |
|-----------------------------|----------|
| 5. Trpíte onemocněním srdce | ANO - NE |
|-----------------------------|----------|

V případě kladné odpovědi udejte jaké?

- | | |
|---|----------|
| 6. Máte diabetes mellitus? | ANO - NE |
| 7. Prodělal (a) jste onemocnění ledvin? | ANO - NE |

V případě kladné odpovědi udejte jaké?

- | | |
|---|----------|
| 8. Prodělal (a) jste onemocnění štítné žlázy? | ANO - NE |
|---|----------|

V případě kladné odpovědi udejte jaké?

- | | |
|--------------------------|----------|
| 9. Trpíte klaustrofobií? | ANO - NE |
|--------------------------|----------|