



Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM VYŠETŘENÍ VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIÍ (CT)

- BEZ KONTRASTNÍ LÁTKY
- S NITROŽILNÍM PODÁNÍM JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY
- S MOŽNOSTÍ JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

Identifikace pacienta:

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:.....

1. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):

•

2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):

Vyšetřením se zobrazují normální a abnormální (patologicky změněné) struktury v lidském těle. Nález CT vyšetření ovlivňuje další léčebný postup. Při vyšetření na CT je pacient vystaven ionizujícímu záření, které je zde nezbytné k získání potřebné diagnostické informace. Ionizující záření může mít za určitých okolností účinky škodlivé pro zdraví. Tyto účinky jsou však minimalizovány zavedenými postupy na CT pracovišti a nastavením přístroje. Přínos indikovaného CT vyšetření převyšuje možné nežádoucí účinky.

Jódová kontrastní látka, která může být při výkonu použita, napomáhá zviditelnění především cévních struktur a patologických ložisek. Zvláštní příprava před aplikací jódové kontrastní látky je nutná pouze u pacientů se známými alergiemi a u pacientů se zhoršenými funkcemi ledvin. Těsně před vlastním vyšetřením je do žíly zavedena jehla nebo kanyla (tenká plastická trubička), kterou se podává jódová kontrastní látka. Samotné podání jódové kontrastní látky trvá podle množství a rychlosti podání 20 až 40 vteřin. Pacient může v místě vpichu během aplikace pociťovat tlak, nikoliv výraznou bolestivost, celkově může mít pocit tepla v hlavě, krku či v celém těle a pocity na močení. Tyto pocity po aplikaci rychle odezní.

3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- Negativní účinky ionizujícího záření stochastické - takové, které nelze předem předpovědět ani vyloučit (v nejzávažnějších výjimečných případech genetické mutace u plodu, indukce rakoviny) a v mimořádných případech tkáňové účinky záření.
- Při použití jódové kontrastní látky zejména:
 Komplikace v místě vpichu (zánět podkoží, zánět žíly, rozpad tkáně, nedokrvení končetiny).
 Zhoršení ledvinných funkcí až selhání ledvin.
 Alergická či toxická reakce od lehké po těžkou formu.
 U pacientů se zvýšenou funkcí štítné žlázy nelze jódovou kontrastní látku podat.
- Abychom mohli předejít některým rizikům spojeným s CT vyšetřením a s aplikací kontrastní látky do žíly, prosím vyplňte tento dotazník:

Máte nějakou alergii? Jakou:	ANO	NE
Byla Vám v minulosti do žíly aplikována rentgenová kontrastní látka?	ANO	NE

Nastaly po ní nějaké komplikace? Jaké:	ANO	NE
Trpíte onemocněním ledvin?	ANO	NE
Trpíte onemocněním štítné žlázy?	ANO	NE
Máte cukrovku?	ANO	NE
Užíváte nějaké léky na cukrovku? Jaké:	ANO	NE
Vysadil/a jste léky na cukrovku 1 - 2 dny před vyšetřením?	ANO	NE
Jste těhotná?	ANO - NEJSEM SI JISTÁ	NE
Jste 4 hodiny nalačno?	ANO	NE

- *zvolenou odpověď zakroužkujte

Pokud jste těhotná nebo si nejste jistá, informujte o této skutečnosti personál CT pracoviště.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Vyšetření bez jódové kontrastní látky (snižuje se tím výtěžnost vyšetření a nelze tak provést vyšetření, jehož cílem je zobrazení cév).
- Vyšetření ultrazvukem (nelze posoudit páteř, plíce, kosti, hlavu).
- Vyšetření magnetickou rezonancí (nelze vyšetřit pacienty s kardiostimulátorem a v některých případech je nutné aplikovat kontrastní látku, která má menší, ale podobná rizika jako kontrastní látka jódová).

5. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Předpokládaná doba hospitalizace:

- 0 dní.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- 0 dní.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

Protože může dojít ke zdravotním komplikacím i s časovým odstupem, po podání kontrastní látky je vhodné se k vyšetření dostavit s doprovodem a je nutné po vyšetření vyčkat minimálně 30 minut v čekárně CT pracoviště. Pokud se Vaše vyšetření obešlo bez podání kontrastní látky, pak můžete ihned po vyšetření odejít.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- nepředpokládají se

6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

Po vyšetření je vhodné zvýšit příjem tekutin, dovoluje-li to Váš zdravotní stav.

Kojení: nekojit 12 hodin po aplikaci jódové kontrastní látky.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

V Praze, dne.....20.....

v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka lékaře**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20.....

v.....hod.

.....
Podpis pacienta* /zákonného zástupce**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli.....
Jméno a příjmení svědka.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřeně jeho rozumově a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.