

Souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu Radiodiagnostické vyšetření – CT (výpočetní tomografie)

CT je specializované rentgenové vyšetření různých oblastí těla (hlavy, krku, hrudníku, břicha, končetin) s počítačově zpracovaným výsledným obrazem. Při většině CT vyšetření se podává do žíly jódová kontrastní látka, o jejímž podání rozhoduje lékař - radiolog.

Jméno a příjmení pacienta

Rodné číslo

Vážená paní, vážený pane,

Váš praktický (ošetřující, odborný) lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu naordinoval provedení CT vyšetření (CT = výpočetní tomografie). Toto vyšetření může objasnit Vaše zdravotní potíže a tím rozhodnout o způsobu další léčby nebo o dalším potřebném vyšetření na jiných medicínských přístrojích.

Rozhodl, že přínos (výsledek) vyšetření výrazně převáží rizika, která toto vyšetření mohou provázet. K rizikům patří malá dávka rentgenového(ionizujícího) záření a u většiny vyšetření podání jódové kontrastní látky do žíly.

Vyšetření je nebolestivé. Je prováděno vleže na pohyblivém stole, který se posunuje do vyšetřovacího krátkého kruhového tunelu přístroje. Pro získání kvalitních výsledků při vyšetření je nezbytně nutná Vaše spolupráce ve smyslu naprostého pohybového klidu, často spojeného se zadržením dechu (budete včas informováni). Během aplikace kontrastní látky můžete cítit teplo, rozlévající se po celém těle. Jiné nepříjemné pocity neprodleně nahlase zdravotnickému personálu.

Toto vyšetření rentgenovou metodou lze jen ve výjimečných případech nahradit metodou využívající magnetické pole (MR). Týká se to především vyšetření mozku a míchy a kloubů těla. I u této metody se podává speciální kontrastní látka do žíly. O metodě rozhoduje Váš lékař.

Vyplňte, prosím, níže uvedené údaje:

těhotenství	ne	-	ano	-	není jisté
alergie na jódovou kontrastní látku		ne	-	ano	
alergie na jódovou tinkturu	ne	-	ano		
jiné alergie (uveďte jaké - astma, senná rýma, léky, potraviny, náplast apod.):					

Jiná, Vám známá onemocnění:

závažná porucha funkce ledvin	ne	-	ano
cukrovka (diabetes mellitus)	ne	-	ano
závažné onemocnění srdce	ne	-	ano
závažné zvýšení funkce štítné žlázy (thyreotoxikóza)	ne	-	ano
mnohočetný myelom (onemocnění krve)	ne	-	ano
feochromocytom (nádor nadledvin)	ne	-	ano
astma	ne	-	ano

MOŽNÉ KOMPLIKACE :

Komplikace vyšetření přicházejí zřídka a činnostmi zdravotnického týmu jsou předcházeny, avšak jejich vznik se nedá úplně vyloučit. S rozvojem nových technologií vedoucích ke zdokonalení kontrastních látek, došlo k jejich dalšímu výraznému snížení.

Nejčastější možné komplikace po nitrožilním podání kontrastní látky jsou dušnost, kopřivka, nevolnost, otoky atd.

Vzácně při úniku většího množství kontrastní látky mimo žílu může nastat bolestivý otok a zánětlivá reakce v místě aplikace.

Zcela výjimečně může dojít k prudké alergické reakci vedoucí k anafylaktickému šoku, jenž Vás může ohrozit na zdraví (trvalé následky z poškození např. ledvin nebo mozkových funkcí) a životě .

PO VYŠETŘENÍ JE NEZBYTNÉ :

-po aplikaci kontrastní látky nitrožilně setrvat půl hodiny se zavedenou kanylou v žíle v čekárně radiodiagnostického oddělení, protože alergické reakce mohou nastat zcela vzácně později.

-pokud Vám byla podána kontrastní látka, zvyšte příjem tekutin 24 hodin po vyšetření

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře nebo přítomného radiologického asistenta !!!

Prohlášení po informativním pohovoru :

Byl/a jsem seznámen/a s průběhem a cílem vyšetření, event. možnými komplikacemi. Měl/a jsem možnost klást dotazy vyšetřujícími lékaři, které mi byly zodpovězeny

Po rozmluvě se zdravotnickým pracovníkem a po vlastní rozvaze souhlasím se zvoleným postupem vyšetření a bude-li to nutné, i s jeho provedením v širším rozsahu.

Může mi být proveden další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

- *) souhlasím s provedením vyšetření
- *) nesouhlasím s aplikací kontrastní látky
- *) nesouhlasím s provedením vyšetření
- *) důvod podpisu svědka a způsob vyjádření vůle pacienta k vyšetření:
-

Datum:

Poučení a náležité vysvětlení podal

Vlastnoruční podpis pacienta

vyšetřující lékař

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat (vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient vlastnoručně se podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů)

.....
Podpis svědka (svědků)

*) *nehodící se škrtněte*

