

INFORMOVANÝ SOUHLAS

CT VYŠETŘENÍ

Pacient/ka

Jméno.....

Rodné číslo.....Pojišťovna.....

Zákonný zástupce

Jméno.....

Vztah k pacientovi/pacientce.....

Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) nezbytně vyžaduje provedení vyšetření výpočetním tomografem (dále CT). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Důvod Vám byl sdělen ošetřujícím indikujícím lékařem při návrhu vyšetření včetně možností náhradního postupu.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Příprava k výkonu

Při CT vyšetření je nepřipustné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat doma šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám dočasnou pokrývku těla. Musíte upozornit předem na jakékoli cizí těleso uvnitř Vašeho těla (např. kovové kloubní náhrady, umělé chlopně, stenty, kardiostimulátory a jiné implantáty). Tyto sice neohrožují při CT vyšetření Vaše zdraví nebo život, mohou však zabránit vyhodnocení nálezu rentgenologem.

Další kroky se dotýkají přípravy, která je prevencí (předcházením) nežádoucích příhod v případě alergie (přecitlivělosti) na kontrastní látku. V tomto směru se příprava se u jednotlivých CT vyšetření liší hlavně podle toho, bude-li CT provedeno s podáním jodové kontrastní látky do žíly nebo bez něj.

Vyšetření bez podání kontrastní látky nevyžaduje žádnou speciální přípravu, dospělý pacient nemusí mít s sebou doprovod a nemusí po vyšetření vyčkat v čekárně.

Před vyšetřením s podáním jodové kontrastní látky do žíly u Vás **musí být provedena příprava podáním léků**. Většinou jde u dospělého o dvě tablety Dithiadenu, kterými Vás vybaví indikující lékař a které spolknete 2 hodiny před vyšetřením. Tuto dobu je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál CT pracoviště! Platí zákaz řízení motorového vozidla minimálně 12 hodin od požití Dithiadenu. V některých případech (dětský pacient, vícečetná alergie u pacienta, alergie na jód atp.) o změně této přípravy rozhodne indikující lékař nebo specialista podle daného medicínského problému.

Před vyšetřením s podáním kontrastní látky do žíly je nutno 4 hodiny lačnit. Pokud jste si vědom/a, že jste tuto dobu nedodržel/a, nebojte se upozornit včas personál CT pracoviště, aby nedošlo k ohrožení vašeho zdraví nebo života. **Vaše obvyklé léky musíte normálně užívat, u diabetiků je však nutné se o postupu předem poradit s lékařem a požádat o vyšetření brzy po ránu!**

V rámci přípravy Vám někdy bude indikujícím lékařem vydána tekutá kontrastní látka k přípravě střeva spolu s informací o jejím ředění a o způsobu i časových intervalech požití. Pokud zapomenete provést tuto přípravu, informujte o této skutečnosti personál CT pracoviště, aby nedošlo k zbytečnému ozáření.

Při podání kontrastní látky do žíly je **nutný doprovod dospělé osoby**, která Vás doprovodí na pracoviště a postará se o Vás po vyšetření. Pod vlivem léků podaných v rámci přípravy k vyšetření, je totiž snížena Vaše orientační schopnost a můžete být spavý(á). Dále vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější. Zajištění doprovázející osoby je u ambulantních pacientů věcí pacienta. Pokud tuto osobu z nějakého důvodu nezajistíte, informujte ještě před vyšetřením personál CT pracoviště. Doprovod dítěte musí zajišťovat osoba, která je ochotna a schopna s dítětem setrvat ve vyšetřovně. Nesmí proto být těhotná.

Nezbytným písemným dokladem k provedení vyšetření je tzv. **poukaz či žádanka k vyšetření**, které vyplní indikující lékař. Dále je nezbytný Váš podpis na tomto **informovaném souhlasu**. Podepsaný formulář uloží naše pracoviště spolu s kopií nálezu v dokumentaci oddělení.

Postup při výkonu

K vyšetření jste většinou objednan/a na přesně stanovený čas. Na CT pracoviště se dostavte přibližně 15 min. před stanovenou dobou. Tento čas je však pouze orientační, neboť vyšetřovací plán nemůže předem počítat s akutními vyšetřeními. Svůj odjezd proto neplánujte s předpokladem dodržení všech předem oznámených časů.

O průběhu vlastního vyšetření budete podrobně informován indikujícím lékařem, orientačně pak ještě personálem CT pracoviště bezprostředně před vyšetřením. Vlastní vyšetření většinou netrvá déle než 30 minut.

Je nutné spolupracovat s naším personálem, tj. klidně ležet po celý výkon a dbát pokynů lékaře a ostatních pracovníků. Pokud bude zřejmé, že Vám poloha těla nastavená před výkonem nevyhovuje, je zapotřebí dohodnout s personálem jiný režim, tak abyste byl(a) během výkonu schopen(na) klidně ležet. V průběhu vyšetření s Vámi bude lůžko zajištěno do otvoru v přístroji a budou pořizovány CT obrazy.

Během vyšetření Vám bude většinou zavedena do některé žíly plastická kanyla sloužící k podání kontrastní látky. Z Vašeho podpisu na tomto dokumentu automaticky vyplývá souhlas k jejímu zavedení. Po výkonu většinou personál CT pracoviště kanylu vyjme a ve spolupráci s Vámi zastaví krvácení z vpichu. Zvláště v případech podání léků snižujících srážlivost krve věnujte následně vpichu zvýšenou pozornost a vyčkejte delší dobu v klidu před pracovištěm. Vpich můžete sprchovat nebo máčet nejdříve za 24 hodin. V odůvodněných případech ponecháváme kanylu zavedenou v žíle mnohem déle.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Metoda využívá k vyšetření rentgenového záření. Dávka záření při CT výrazně převyšuje dávku běžného rentgenového snímku téže oblasti těla. Na druhé straně diagnostický přínos CT vyšetření většinou mnohonásobně převyšuje výtěžnost běžného snímku. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. V případě těhotenství vyšetřované osoby může však dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj.

Při CT vyšetření se často podává do žíly kontrastní látka, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornil(a) jak indikujícího lékaře, tak personál CT pracoviště, že máte alergii jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Důležité jsou i informace o případných Vašich dalších chorobách, se kterými indikující lékař nebyl dosud seznámen.

Někteří pacienti trpí pocitem strachu z malých prostorů (klaustrofobie), na tento problém musíte včas upozornit indikujícího lékaře, neboť tento problém může vyšetření zcela znemožnit.

K určitým komplikacím by mohlo dojít při nápichu žilní kanyly, pokud je Vám pravidelně podáván lék snižující srážlivost krve. Víte-li o této skutečnosti, informujte personál CT pracoviště (jedná se však především o povinnost indikujícího lékaře).

Nežádoucí účinky aplikace kontrastní látky do žíly

Nejběžnějším a téměř pravidelným nežádoucím účinkem podání kontrastní látky do žíly je pocit horka nastupující po celém těle v průběhu aplikace nebo těsně po ní. Nával horka bývá obvykle nepříjemný, není však nebezpečný a po několika desítkách vteřin odezní.

Mnohem závažnějším nežádoucím účinkem jsou alergické reakce různého typu, které mohou nastat i u pacientů s do té doby naprosto nulovou alergickou anamnézou. Nejméně závažnou formou alergie je svědící vyrážka kdekoli po těle, která se může objevit již v průběhu vyšetření nebo krátce po něm. Závažnější formou je dušnost, pocit dechové tísně nebo pocit otoku hrdla. Nejzávažnější formou alergické reakce je anafylaktický šok, který extrémně vzácně může skončit i smrtí.

Je zcela nezbytné ohlásit personálu, který Vaše vyšetření bude provádět, jakékoli nepříjemné pocity, které by se během vyšetření objevily.

Chování po výkonu, možná omezení

CT pracoviště můžete opustit teprve se souhlasem personálu, který vyšetření provedl. Okamžitě informujte personál CT pracoviště o jakýchkoli neobvyklých pocitech spojených s vyšetřením, o změnách vzhledu a barvy kůže, krvácení z vpichu a jiných neobvyklých projevech, týkajících se Vašeho těla. Kdyby se po odchodu z pracoviště objevily vzácné komplikace jako krvácení z vpichu, zarudnutí okolo vpichu, značné pnutí nebo teplota, neváhejte ihned vyhledat lékařskou pomoc včetně event. kontaktování rychlé lékařské pomoci.

Výsledek vyšetření bude u ambulantních pacientů zaslán poštou indikujícímu lékaři do 8 dnů od provedení vyšetření. Vyhodnocení nálezu je poměrně složitým úkonem, nevyžadujte proto sdělení výsledku ihned po vyšetření. Výjimkou jsou naléhavé stavy, o kterých rozhodne dohoda indikujícího lékaře a vyšetřujícího rentgenologa.

Pokud Vám jakákoli část tohoto poučení není jasná, zodpoví Vaše dotazy indikující lékař nebo před vyšetřením lékař, který Vám bude provádět vyšetření.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života mého (mého dítěte).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

Ve Stodu :

podpis pacienta (zákonného zástupce):

podpis lékaře poskytujícího poučení před vyšetřením: