Jméno pacienta: Rodné číslo: Poj.: Dg.:	**Domažlická nemocnice, a.s.** **IČ: 263 61 078** **Kozinova 292** **344 22 Domažlice** **Tel: 379 710 310** **Radiodiagnostické oddělení-CT**

INFORMOVANÝ SOUHLAS Strana 1 / 4

Název výkonu: VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE CT

Zákonný zástupce pacienta: - - -

1 Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Diagnostické CT vyšetření dle zvážení ošetřujícího lékaře(ky) přispěje k objasnění či kontrole Vašeho zdravotního stavu, což může mít vliv na další průběh léčby. CT je moderní metoda využívající účinků rentgenového (RTG) záření, které jsou do určité míry pro organismus zatěžující a její použití je třeba důkladně zvážit. Vyžaduje-li si to charakter vyšetření, je dále nutné nitrožilní podání jodové kontrastní látky, o kterém rozhoduje lékař přímo na CT pracovišti. Máte-li předchozí zkušenosti s aplikací jodové kontrastní látky, informujte vyšetřující personál. Příprava před vyšetřením: K vyšetření se dostavte nalačno (min. 4 hodiny před vyšetřením nejíst, pouze malé množství tekutiny, ne kávu a alkohol). Před vyšetřením kontrastní látkou podávanou do žíly, Vás váš lékař vybaví 2 tabletami Dithiadenu pro snížení rizika alergické reakce. Po požití Dithiadenu je zakázáno řídit motorová vozidla. Další nutná příprava pak bude provedena v den vyšetření dle pokynů vyšetřujícího lékaře.

2 Následky a možná rizika výkonu

U žen ve fertilním věku je nutné zjišťovat možnost těhotenství – vzhledem k ochraně plodu u těhotných žen vyšetření neprovádíme, pouze u zvlášť zdůvodnitelných stavů při ohrožení života.

Můžete spolehlivě vyloučit těhotenství? ANO NE

Dalším rizikem je laktace, léčba a vyšetření radioaktivními izotopy. Případnou závažnou komplikací jsou projevy tzv. alergická reakce, ke kterým může dojít, přestože jste se s nimi ještě nesetkal(a) a byl(a) jste již jodovou kontrastní látkou vyšetřován(a). Při podávání moderních, tzv. neionických kontrastních látek, však k závažnějším komplikacím dochází výjimečně. Rozpoznání i způsob léčby těchto komplikací závisí na závažnosti alergické reakce a personál CT pracoviště je na ně připraven.

3 Jako alternativu místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař(ka), který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu. Podle výsledku vyšetření pak lze navrhnout alternativní vyšetření k doplnění a přesnějšímu určení diagnózy.

Název výkonu: VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE CT

4 Doporučený výkon má oproti uvedeným alternativám tyto a) výhody b) nevýhody

a) Výhody – možnost celotělového vyšetření, vysoká specificita a senzitivita, rychlost vyšetření, dostupnost
b) Nevýhody – alergická reakce na podanou jodovou kontrastní látku, vysoká radiační zátěž, těhotenství (absolutní kontraindikace), nemožnost podání kontrastní látky u pacientů s renálními poruchami

5 Případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti.

Vzhledem k tomu, že ke zdravotním komplikacím může výjimečně dojít i v delším období po vyšetření, je vhodné se k vyšetření dostavit s doprovodem a po vyšetření vyčkat minimálně 30 minut v čekárně CT pracoviště. Nemělo by dojít k žádnému omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti. Pokud se Vaše vyšetření obešlo bez podání kontrastní látky, pak můžete ihned po vyšetření odejít. V případě nejasností či jakýchkoli dotazů se samozřejmě obraťte na vyšetřující personál.

6 Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

Kontrastní látka je vylučována ledvinami, je tedy vhodné po vyšetření zvýšit příjem tekutin, pokud to není v rozporu s Vaším zdravotním stavem či léčbou. Tím se vyloučení této látky urychlí.

7 Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze krve).

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

8 a) Pacient byl poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.
b) Pacient byl poučen, že mu bude implantován zdravotní prostředek a k tomu mu byly poskytnuty potřebné informace.

Jméno pacienta: Rodné číslo: Poj.: Dg.:	**Domažlická nemocnice, a.s. IČ: 263 61 078** **Kozinova 292** **344 22 Domažlice** **Tel: 379 710 310** **Radiodiagnostické oddělení-CT**

INFORMOVANÝ SOUHLAS Strana 3 / 4

Název výkonu: VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE CT

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že lékař, který mně poskytl poučení, mně vše osobně vysvětlil, porozuměl(a) jsem sdělenému, měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mně bylo řádně odpovězeno. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že jsem srozuměn(a) s navrženým léčebným výkonem. Dále prohlašuji, že jsem lékaři sdělil(a) veškeré okolnosti týkající se mého zdravotního stavu a nezamlčel(a) nic, co by mohlo nepříznivě ovlivnit výsledek léčebného výkonu (zvláště alergie, celkový nebo místní infekt). Tento souhlas se vztahuje nejen na lékaře, který výkon bude provádět, ale i na všechny členy lékařského teamu a středního zdravotnického personálu, kteří při výkonu asistují. Svým podpisem projevuji výslovný souhlas s provedením zákroku. Bod b) se tohoto výkonu netýká.

Jako zákonný zástupce ~~nezletilého~~
~~pacienta,~~
~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~ svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

V Domažlicích dne:

---

podpis pacienta / zákonného zástupce

---

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Jméno pacienta: Rodné číslo: Poj.: Dg.:	**Domažlická nemocnice, a.s. IČ: 263 61 078** **Kozinova 292** **344 22 Domažlice** **Tel: 379 710 310** **Radiodiagnostické oddělení-CT**

Název výkonu: VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE CT

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

---

podpis svědka (svědků)