Nemocnice Pelhřimov
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov
tel.: 565 355 353
Radiodiagnostické odd.

identifikace pacienta
pacient:
r.č.:
bydliště:
kód pojišť.:

Informovaný souhlas pacienta

CT VYŠETŘENÍ (vyšetření počítačovou tomografií)

Co je CT vyšetření
CT vyšetření je nebolestivá neinvazivní vyšetřovací metoda, pomocí které může lékař prohlédnout vnitřní orgány Vašeho těla. Kombinuje rentgenové vyšetření s počítačovým systémem, který informace zpracovává. Pomocí této metody lze vyšetřit veškeré oblasti a orgány těla bez i s podáním jodové kontrastní látky nitrožilně. Při vyšetření orgánů dutiny břišní a jícnu Vám může být podána kontrastní látka ústy v podobě roztoku, který před vyšetřením popíjíte v intervalu několika minut až 2 hodiny dle oblasti, kterou je nutno vyšetřit. Někdy je podáván nálev (malé množství tekutiny) per rectum (přes konečník).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu
CT vyšetření indikuje ošetřující lékař s cílem zjistit příčinu Vašich potíží. Dávka ionizujícího záření je velmi rozdílná, závisí na přístroji a vyšetřované oblasti.

Jaký je režim pacienta před výkonem
Minimálně 4 hodiny před vyšetřením nejíst, můžete pít vodu a užívat nezbytné léky.
Akutní CT vyšetření je bez přípravy.

Jaký je postup při provádění výkonu
Před vyšetřením trávicí trubice a břišních orgánů dostanete kontrastní látku v 1-1,5 l tekutiny a v pravidelných intervalech ji pomalu vypijete – dle pokynů personálu CT pracoviště. Může Vám být aplikován nálev do konečníku. Vyšetření se provádí v poloze na zádech, méně často na břiše či boku. Kolem Vás bude prstenec CT přístroje, lidově „tunel“. Po celou dobu vyšetření budete v kontaktu s personálem pracoviště pomocí mikrofonu. Vyšetření je nebolestivé a podle typu vyšetřované oblasti trvá 5–30 minut. Dle úvahy vyšetřujícího lékaře Vám může být aplikována kontrastní látka nitrožilně.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergických reakcí na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky:
Máte alergii na: léky? Ano* Ne* Jak se alergická reakce projevovala?
prach, pyly, zvířata? Ano* Ne*
jod a jodové preparáty? Ano* Ne*
Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku? Ano* Ne*
Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení, kontrastní látku? Ano* Ne*
Jste těhotná? Ano* Ne*
Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke srážení krve? Ano* Ne*

**odpověď zakroužkujte*

Riziko spojené s ionizujícím zářením
Ionizující (rentgenové) záření ve formě dlouhodobého menšího i krátkodobého velmi intenzivního

záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn vedoucích k poškození struktur živé hmoty.
Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy.
Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány**.**

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu

Pokud Vám kontrastní látka aplikována nitrožilně nebyla, odcházíte domů. Pokud Vám byla aplikována nitrožilně kontrastní látka, zůstanete dle pokynů personálu CT 30 minut v čekárně a v případě jakýkoliv potíží toto ihned ohlásíte**.**

Jaké jsou možné alternativy výkonu

Ve vybraných případech lze nahradit CT magnetickou rezonancí nebo ultrazvukovým vyšetřením.

Souhlas pacienta

Prohlašuji, že se mnou lékař/lékařka MUDr. …… provedl/a pohovor, při kterém mne seznámil/a s plánovaným výkonem, riziky i případnými komplikacemi (jinými možnými postupy). Všem informacím jsem rozuměl/a a měl/a jsem též dostatek času si vše rozvážit. Měl/a jsem možnost položit lékaři doplňující dotazy, které mne v souvislosti s výkonem zajímaly. Pokud tomu tak bylo, byly mi dostatečně zodpovězeny. Nezatajil/a jsem žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na úspěch zákroku.

S výkonem ***SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM**** (*nehodící se škrtněte*)
SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM* s tím, že mi může být během výkonu proveden další neodkladný související výkon, pokud by jeho neprovedení ohrozilo mé zdraví.

Datum: ……... Podpis pacienta: …….....……..
(zákonného zástupce)

Jméno a podpis zákonného zástupce: ……..….
(u pacientů nezletilých nebo zbavených způsobilosti k právním úkonům)

Podpis lékaře: …….

Podpis indikujícího lékaře:.....

Prohlášení svědka
(v případě, kdy pacient rozumí poučení, je schopen dát souhlas/nesouhlas, ale nemůže se podepsat)

Jméno svědka: ….....

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení **souhlasí / nesouhlasí*** s výkonem, včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:
….....
Pacient projevil svůj *souhlas / nesouhlas** tak, že:
….....

Podpis svědka: …..... ** nehodící se škrtněte*