

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

### S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

#### VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE s podáním jodové kontrastní látky do žíly (CT s k. I.)

---

Lékař/ka, který/á provedl/a poučení (hůlkovým písmem)

---

Jméno, příjmení, datum narození pacienta (hůlkovým písmem)

Vážená paní, vážený pane,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno vyšetření CT s k. I., jejíž **důvod (účel)** i možné **alternativy** vyšetření Vám byly sděleny indikujícím lékařem při návrhu vyšetření, který pečlivě zvážil jeho potřebnost s vědomím možných komplikací a zátěže, kterou Vám vyšetření přinese. Předpokládaným přínosem CT s k.I. je zjištění příčin Vašich obtíží..

CT je moderní metoda využívající účinků rentgenového (ionizačního) záření, které jsou do určité míry pro organismus zatěžující a její použití je třeba důkladně zvážit. Ke kvalitnímu vyšetření cév a orgánů, je dále nutné nitrožilní podání jodové kontrastní látky.

Při tomto vyšetření/zdravotním výkonu musí být z ústní dutiny pacienta odstraněna ústní odnímatelná protéza, dále je pacient povinen odstranit ze svého těla jakékoliv odnímatelné cizí předměty (ozdoby, náušnice, apod.). Pacientovi je doporučeno šperky a jiné cennosti ponechat doma. Po vyšetření CT s k.I. po dobu 12 hodin pacient nesmí řídit motorové vozidlo ani vykonávat žádnou jinou činnost vyžadující zvýšenou pozornost. Je doporučen doprovod dospělé osoby, která Vás doprovodí na pracoviště a postará se o Vás po vyšetření.

K vyšetření/zdravotnímu výkonu se pacient musí dostavit nalačno (min. 4 hodiny před vyšetřením pouze malé množství tekutiny, ne kávu a alkohol). Je-li prováděno cílené vyšetření trávicího traktu (tenké a tlusté střevo), je nutná důkladnější příprava pacienta k výkonu (vyprázdnění střeva spočívající v dietních opatřeních a pití tzv. očištěných roztoků) dle pokynů ošetřujícího lékaře, který vyšetření objednává. Před vyšetřením břicha a pánve pacient dle pokynu lékaře pije ředěný roztok jodové kontrastní látky k označení střeva. Další nutná příprava pacienta k výkonu je prováděna v den vyšetření dle pokynů vyšetřujícího lékaře (radiologa). Před výkonem i po výkonu pacient může užívat obvyklé léky, u diabetiků je nutné se o postupu poradit předem s lékařem a vyšetření provést hned brzy po ránu (viz. níže). K prevenci alergické reakce 2 hodiny před vyšetřením požitje ústy 2 tablety Dithiadenu (dostanete od indikujícího lékaře), výjimečně může být pacientovi podáno formou injekce do svalů nebo do žíly 15 minut před vyšetřením. Vyšetření je prováděno vleže a pacient je povinen řídit se pokyny zdravotnického personálu (např. zadržení dechu na krátkou dobu).

Délka vyšetření se liší podle konkrétního typu a vyšetřované části těla a činí 15-30 minut.

Byl/a jsem nadále poučen/a lékařem, že výkon má následující důsledky, následky a rizika:

- kožní alergická reakce na dezinfekci
- kožní alergická reakce na náplast
- CT vyšetření je rentgenová vyšetřovací metoda zatěžující pacienta rentgenovým (ionizačním) zářením.

Radiační dávka je monitorovaná a náležitě optimalizovaná, poškození pacienta zářením je proto vyloučeno. Výjimkou je **těhotenství**, v němž nelze bezpečně vyloučit poškození plodu, a proto se v těhotenství toto vyšetření neprovádí.

- Po aplikaci kontrastní látky může dojít k rozvoji nežádoucích účinků. To se může projevit různými příznaky od lehkých nezávažných až po těžké. Nezávažné jsou nevolnost až zvracení, pocit tepla či bolesti hlavy, krku, břicha, nucení na močení. Závažnějšími jsou poruchy vidění, kašel, kýchání, pocení, změny krevního tlaku, pulsu, vzácně poruchy dýchání, bezvědomí. Zcela výjimečně jsou možné i těžké celkové reakce až s rizikem úmrtí.

Pacient je proto povinen uvést jakékoliv alergické události v jeho minulosti odesílajícímu lékaři a lékaři na RDG oddělení.

- Dalším rizikem je možnost zhoršení ledvinných funkcí, zvláště u již poškozených ledvin
- Pokud trpíte cukrovkou II. typu léčenou léky se základní složkou „metformin“, je nutné tyto léky vysadit 48 hodin před a po vyšetření, jinak vzniká riziko laktátové acidózy při snížené funkci ledvin.
- Nadměrná funkce štítné žlázy, hypertyreóza, je důvodem k nepodání jodové kontrastní látky.
- Výjimečně může dojít k částečnému úniku kontrastní látky mimo žílu. Tato komplikace nebývá častá, projeví se otokem a bolestivostí, jinak však není nebezpečná.

Rentgenové pracoviště může pacient po vyšetření opustit teprve se souhlasem personálu, který vyšetření provedl. Pacient je povinen informovat personál rentgenového pracoviště o jakýchkoli neobvyklých pocitech spojených s vyšetřením, o krvácení z vpichu a jiných neobvyklých projevech týkajících se Vašeho těla.

V případě pozdních neobvyklých projevů je pacientovi doporučeno vrátit se ihned do zdravotnického zařízení, kde mu bylo CT s k.l. provedeno, nebo vyhledat jiné zdravotnické zařízení.

Kontrastní látka se z těla vylučuje ledvinami, proto je pacientovi doporučeno po vyšetření zvýšit příjem tekutin, dovoluje-li to jeho zdravotní stav. Tím je vylučování kontrastní látky urychleno.

**Prosíme o vyplnění následujících údajů:**

*správnou odpověď označte křížkem*

- |  | ANO                      | NE                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vyskytla se u Vás někdy alergická reakce?<br>Pokud ano, na co? _____<br>Jak se projevila? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Máte onemocnění štítné žlázy (zvýšenou funkci)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Léčíte se s astmatem či sennou rýmou?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Trpíte cukrovkou?<br>Užíváte na ni léky, jaké? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jste těhotná?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Užíváte léky na tzv. „ředění krve“<br>(např. Pelentan, Warfarin, Acylpyrin, apod.)?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Máte glaukom, retenci moči?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Souhlas pacienta/ky**

Byl/a jsem poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoliv. Byl/a jsem podrobně informován/a o plánovaném zdravotním výkonu. Byl mi sdělen důvod tohoto zdravotního výkonu a jeho přínos pro mě. Byl/a jsem informován/a i o jiných možnostech a alternativách poskytovaných zdravotních služeb a výkonů, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mě. Byl/a jsem informován/a i o jeho možných rizicích a komplikacích. Toto vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považoval/a za důležité.

Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti a tímto uděluji svůj svobodný informovaný souhlas s výše uvedenou zdravotní službou a výkonem.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis lékaře/ky: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta/ky: \_\_\_\_\_  
(zákonného zástupce)

### **Záznam o odmítnutí poskytnutí výše uvedených zdravotních služeb - revers**

Výše navrhovaný výkon odmítám. Byl/a jsem opakovaně podrobně informován/a o svém zdravotním stavu, o důvodu a přínosu tohoto zdravotního výkonu. Zároveň jsem byl/a informován/a o možných nepříznivých následcích, které z odmítnutí tohoto zdravotního výkonu mohou nastat. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považoval/a za důležité. Přesto prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedenou, potřebnou zdravotní službu a výkon odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

Datum, místo, čas: \_\_\_\_\_

Podpis lékaře/ky: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta/ky: \_\_\_\_\_  
(zákonného zástupce)

### **Svěddek**

(vyplňuje se v případě, že pacient nesouhlasí s výkonem a zároveň odmítá podepsat nesouhlas)

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis svědka: \_\_\_\_\_