

Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby: CT vyšetření

Pacient/ka: _____ Rodné číslo: _____ ZP: _____
jméno, příjmení, titul

Zákonný zástupce, opatrovník:

Jméno, příjmení, titul: _____ Narozen/a: _____

Informující lékař: MUDr. _____
jméno a příjmení

Účel, povaha, předpokládaný přínos tohoto výkonu:

Na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař provedení CT vyšetření (CT=výpočetní tomografie). CT využívá rentgenové (RTG) záření a složitou výpočetní techniku k detailnímu zobrazení tkání a orgánů lidského těla, dávka RTG záření je tedy vyšší než u klasického rentgenového snímku. Diagnostická výtěžnost CT je však podstatně větší. V některých případech je možno CT vyšetření nahradit vyšetřením metodou, co RTG záření nevyužívá (např. ultrazvuk, nebo magnetická rezonance). Důvod volby CT vyšetření ve Vašem konkrétním případě Vám sdělil Váš ošetřující lékař, event. se informujte u lékaře radiologa před provedením vlastního vyšetření, aby vaše volba byla svobodná. K vyšetření je zapotřebí žádanka vyplněná indikujícím lékařem a Váš písemný souhlas.

U pacientek ve fertilním věku (15-50 let) je na žádance k vyšetření nutná informace o vyloučení gravidity s vlastním podpisem pacientky.

Předpokládané důsledky, následky a možná rizika výkonu:

CT přístroj využívá rentgenové záření. Během vyšetření obdržíte určitou dávku ozáření, která je významně vyšší než u klasického rentgenového snímkování. Tato dávka se započtením Vašeho předchozího ozáření a může přispívat k dlouhodobému zdravotnímu riziku. Bezprostřední poškození zdraví však nehrozí. CT přístroj je pravidelně testován a jeho dávky jsou monitorovány a v souladu s národními radiačními standardy. CT vyšetření se provádí bez nebo s použitím kontrastní látky. O aplikaci kontrastní látky a také vlastní přípravě před vyšetřením rozhoduje lékař radiolog, na základě informací o důvodu vyšetření a požadované výtěžnosti. Rizika související s vlastní kontrastní látkou naleznete v samostatném Informovaném souhlasu. Jinak vlastní CT vyšetření pro Vás nepřináší žádná další rizika či omezení.

Předpokládaný postup zdravotního výkonu:

Vlastní vyšetření se provádí obvykle v poloze vleže na zádech. Po proběhlé přípravě s Vámi opakovaně projede v různých časových intervalech vyšetřovací stůl otvorem CT přístroje (gantry). Během vyšetření se budete držet pokynů obsluhy přístroje (např. nedýchejte/dýchejte). Zhotovená obrazová dokumentace vzhledem k náročnosti na počítačové zpracování vzniká s určitým časovým odstupem od vlastního vyšetření. Obrazovou dokumentaci následně zpracovává lékař radiolog a písemný výsledek vyšetření obdrží Váš vyšetřující lékař ve stanovené lhůtě.

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Nativní vyšetření bez použití kontrastní látky: není nutná žádná speciální příprava (CT mozku k vyloučení traumatických změn, CT páteře, CT VDN, CT močových cest při renální kolice, CT kyčlí, ramene, kolene k vyloučení úrazových změn, HRCT plic).

Kontrastní vyšetření s nitrožilní aplikací kontrastní látky:

A) příprava pacienta doma: při předpokládaném podání kontrastní látky, dále při každém vyšetření v oblasti břicha a pánve platí zásada – **nejíst, nekouřit nejméně 6 hodin před vyšetřením**. V akutních případech, jedná-li se o vyšetření pro záchranu života, se výjimečně vyšetřují i tito pacienti bez přípravy. Obvyklou medikaci pacient užije vždy a může ji zapít douškem vody. Jedinou výjimkou jsou pacienti – diabetici, užívající metforminová perorální antidiabetika. Při předpokládaném použití kontrastní látky je nutné tyto léky vysadit a pacienty převést na inzulin.

Pacient bez alergické anamnézy: dostatečný příjem tekutin 1 den před vyšetřením (3litry za den), v den vyšetření před výkonem (jeden decilitr za hodinu) a po výkonu 1-2 dny (také cca 3 litry za den)

Pacient s alergickou anamnézou (polyvalentní alergie, astma bronchiale): dostatečný příjem tekutin 1 den před vyšetřením (3 litry za den), v den vyšetření před výkonem (jeden decilitr za hodinu) a po výkonu 1-2 dny (také cca 3 litry za den)

Příprava s podáním kortikoidů:

- 12-18 hod. před vyšetřením (tj. večer cca v 18 hod) 2 tbl Prednisonu á 20 mg
- 6-9 hod. před vyšetřením (tj. cca ve 3 hodiny ráno) 1 tbl Prednisonu á 20 mg

Příprava závažně alergických pacientů, alergie na JKL: obvykle začíná již 48 hod před vyšetřením. Příprava je individuální, za hospitalizace, ve spolupráci s lékařem oboru anesteziologie a resuscitace.

B) Příprava na RDO oddělení: před CT vyšetřením břicha a pánve je třeba naplnit trávicí trubici kontrastní látkou, aby byla dobře odlišitelná od ostatních struktur. Podává se voda s přidavkem kontrastní látky, kterou pacient pije dle vyšetřované oblasti průběžně po dobu 30 až 90 minut před vyšetřením.

Kontraindikace CT vyšetření:

Kontraindikace a rizika spojená s užitím kontrastní látky naleznete v samostatném Informovaném souhlasu. V indikovaných případech, kdy lékař radiolog zváží diagnostický přínos požadovaného vyšetření oproti rizikům spojeným s ozářením, je možno CT vyšetření provést vždy. Relativní kontraindikací je těhotenství, kde může dojít k radiačnímu riziku pro plod zejména u vyšetření v rozsahu mezi bránicí a stydkými kostmi. Proto předem informujte svého ošetřujícího lékaře i personál CT o vašem případném těhotenství.

Prohlášení pacienta / pacientky:

Byl/a jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. **Prohlašuji, že podaným informacím rozumím**, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Současně **vyslovuji souhlas** s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. **Beru na vědomí**, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích, dne: _____, v _____ hodin. **Podpis pacienta/pacientky:** _____

Podpis zák. zástupce, opatrovníka: _____

Podpis informujícího lékaře: _____

V případě, že se pacient / pacientka nemůže podepsat:

Prohlášení svědka, který byl projevu souhlasu přítomen. Jméno, příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatice, a.s., uvede se také adresa a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient/ka přede mnou projevila/a, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech výše uvedených prohlášení.

Pacient/ka se nemůže podepsat z důvodu, že: _____

Pacient/ka projevila/a souhlas tak, že: _____

V Prachaticích, dne: _____, v _____ hodin. _____

podpis svědka