



INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM – CT VYŠETŘENÍ S APLIKACÍ JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY INTRAVENÓZNĚ

Údaje o pacientovi:

Jméno a příjmení

RČ.:

Štítek

Pojišťovna:

Váha **Výška**

U nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům vyplní zákonný zástupce pacienta nebo svědek, který byl přítomen projevu souhlasu. (nemůže-li se pacient podepsat):

Jméno a příjmení: **RČ:**

Dosažitelný telefon:

Alergická anamnéza: (správně označte)

Předchozí reakce na kontrastní látku: ano / ne

Alergie na jiné jodové látky: ano - látka / ne

Jiný typ alergie: ano - látka / ne

Astma bronchiale: ano / ne

Premedikace Prednisonem byla podána ano / ne

V případě diabetické nefropatie a funkčních poruch ledvin jsou potřeba laboratorní hodnoty:

kreatinin..... , **urea**.....

Datum

Indikující lékař: MUDr.....

jméno a podpis

Plánovaný výkon

Na našem pracovišti CT se provádí vyšetření dle doporučení – indikace ošetřujícího lékaře. **Někdy je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky k získání dostatečné informace z prováděného vyšetření, která vyžaduje přípravu pacienta před vyšetřením.** O průběhu vyšetření budete informováni ošetřujícím personálem.

Příprava pacienta:

- 5 hodin před vyšetřením lačnit a nekouřit

Příprava pacienta s alergickou anamnézou:

- užití 2 tablet Prednisonu 20mg 12 hodin před vyšetřením, dále užití 1 tablety Prednisonu 20mg 2 hodiny před vyšetřením

Rizika a možné komplikace výkonu

Nežádoucími účinky nitrožilního podání kontrastní látky mohou být pocity vlny tepla do celého těla, nevolnost a bušení srdce, které rychle odezní. Případnou závažnou komplikací jsou projevy tzv. alergické reakce, ke kterým může dojít, přestože jste se s nimi ještě nesešel/a a byl/a jste již jódovou 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. Pokud by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily možné projevy alergie až mimo prostory CT, okamžitě uveďte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo lékařskou pohotovostní službu!

Omezení po provedeném výkonu s podáním KL

Po dobu 30min. je potřeba setrvat na našem oddělení. Po provedeném výkonu je nutno přijímat dostatečné množství tekutin (minimálně 2-3l).

Alternativní možnosti výkonu

Vždy záleží na povaze Vašeho onemocnění a rozhoduje lékař, který CT vyšetření indikuje ve spolupráci s radiologem. Obecně je možné použít ultrazvukové a rentgenové vyšetření nebo vyšetření pomocí magnetické rezonance.

Právo odmítnout navrhovaný výkon

Po rozhovoru s lékařem máte právo nesouhlasit s navrhovaným výkonem. Pokud souhlas nebude dán, lékař Vám vysvětlí možné následky odmítnutí a učiní záznam, který oba podepíšete.

Souhlas pacienta

S navrženým výkonem jsem byl/a dostatečně podrobně, jasně a srozumitelně obeznámen/a a o výkonu informován/a, dostal/a jsem příležitost klást otázky týkající se výkonu, všechny byly dostatečně podrobně, jasně a srozumitelně zodpovězeny k mé spokojenosti. Byl/a jsem dostatečně podrobně, jasně a srozumitelně poučen/a o možných rizicích a komplikacích, která mohou při výkonu vzniknout, včetně jejich řešení, dále jsem byl/a informován/a o skutečnosti, že při navrženém diagnostickém výkonu, který má vést k dokonalejšímu stanovení diagnózy, může dojít ke vzniku zdravotních komplikací, popřípadě následků, všemu rozumím a s navrženým výkonem a jeho provedením bez nátlaku souhlasím.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, zvláště alergii na jódové preparáty, nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

.....
datum

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce, event.svědka)

S výkonem a možnými riziky výkonu pacienta seznámil:

.....
datum

.....
Jméno a podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci