



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

**Údaje o pacientovi:**

**Jméno a příjmení** .....

**RČ.:** .....

**Štítek**

**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:** (správné označte)

**Předchozí reakce na kontrastní látku:** ano / ne

**Alergie na jiné jodové látky:** ano - látka ..... / ne

**Jiný typ alergie:** ano - látka ..... / ne

**Astma bronchiální:** ano / ne

**Premedikace Prednisonem byla podána** ano / ne

**Laboratorní hodnoty:**

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

**Datum** .....

**Lékař připravující pacienta na vyšetření:** MUDr.....

Razítko 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.**

**Příprava pacienta:**

- 5 hodin před vyšetřením lačnit a nekouřit

**Příprava pacienta s alergickou anamnézou:**

- 5 hodin před vyšetřením lačnit a nekouřit
- užití 2 tablet Prednisonu 20mg 12 hodin před vyšetřením,  
a 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 uvědomte 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.

Souhlasím, že za účelem poskytnutí související péče může být má obrazová dokumentace poskytnuta dalším zdravotnickým zařízením.

.....  
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