

## POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE-CT informovaný souhlas

Štítek s údaji o pacientovi



### ➤ Vážený paciente, vážená pacientko

Na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám doporučil ošetřující lékař **vyšetření počítačovou tomografií** (dále jen **CT**). Toto vyšetření je v některých případech prováděno s aplikací nitrožilní jodové kontrastní látky.

Jde o vyšetření **nejpřesnější zobrazovací metodou**, která může přinést dokonalý obraz možných chorobných změn ve vyšetřovaném orgánu Vašeho těla a ošetřujícímu lékaři umožnit výběr nejúčinnější léčby.

Před samotným výkonem Vás Váš ošetřující lékař seznámí s provedením této léčebné metody, s jejími běžnými riziky, následky a s eventuelními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

### ➤ Jak je výkon proveden

**Účel:** při některých speciálních rentgenových vyšetřeních a při většině CT vyšetřeních, kdy dochází k ozáření části lidského organismu rtg zářením, je třeba do krevního oběhu podat roztok jodové kontrastní látky. Tato látka způsobí přechodně rozdílnou průchodnost rentgenového záření jednotlivými tkáněmi a orgány a umožní podrobnější zobrazení. Tato látka se dále vylučuje ledvinami a močovými cestami, což umožní dobré zobrazení těchto orgánů.

Výkon se **provádí nalačno** (pokud nejde o vyšetření neodkladné).

Roztok kontrastní látky aplikuje lékař nebo střední zdravotnický personál pod přímým dohledem lékaře. Podání se provádí injekcí do žíly, nejčastěji na horní končetině, je však možno látku podávat do jakékoliv přístupné

žíly. Látka se vstříkuje ručně, nebo speciálním mechanickým injektorem. Množství kontrastní látky a rychlost vstříkávání závisí na konkrétním typu vyšetření, nejčastěji se podává 1-2ml na kilogram hmotnosti pacienta.

Jakékoliv obtíže, které by se mohly objevit během podání kontrastní látky a během vyšetření, hlase **okamžitě** přítomnému zdravotnickému personálu, který Vás bude během celého vyšetření nepřetržitě sledovat.

**Alternativou** tohoto vyšetření je MR, rentgenové vyšetření. Ve Vašem případě je ale **nejvhodnější** metodou právě CT.

### ➤ Možná rizika a komplikace

I při zcela správném provedení celého výkonu může dojít následkem tohoto vyšetření k mírnějším nebo i vážným komplikacím. Konkrétní riziko závisí

především na individuální vnímavosti pacienta, na jeho zdravotním stavu a na typu použité kontrastní látky.

Menší krvácení ze žíly nebo podání kontrastní látky pod kůži mimo žílu není nebezpečné a obvykle nevyžaduje zvláštní léčbu, i když může být někdy nepříjemné či bolestivé a může dočasně zanechat modřinu.

Během podání kontrastní látky do žíly nebo i později bývají poměrně často pociťovány nepříjemné pocity mírného tepla nebo návalu. Tyto pocity nejsou nebezpečné a nejde o komplikace.

Někdy se po podání kontrastní látky do krevního oběhu může projevit tak zvaná reakce na kontrastní látku. Reakce může mít různé projevy a různou závažnost – mírná nevolnost, zvracení, kopřivka či jiné kožní projevy, křeče, náhlá dušnost, prudký pokles krevního tlaku až těžké reakce se ztrátou vědomí. Stav může být až život ohrožující. Tak těžké reakce jsou však vzácné, ale mohou se vyskytnout. Lehké projevy jsou poměrně časté.

Léčba závisí na charakteru reakce. Pokud jste již v minulosti po podání jodové kontrastní látky nějakou reakci měli, **hlaste tuto skutečnost indikujícímu lékaři** i lékaři provádějícímu vyšetření.

Zvýšené riziko je u dětí, starších lidí nad 60 let, alergiků, diabetiků, u pacientů s poškozenou funkcí ledvin, u osob s předchozí reakcí na kontrastní látku. Závažnost reakcí závisí též na použité kontrastní látce. Dnes v naší nemocnici používáme u všech pacientů z výše uvedených rizikových skupin speciální, velmi dobře snášené kontrastní látky, takže riziko závažných reakcí je výrazně sníženo.

➤ **CT** vyšetření Vás nijak neomezí v obvyklém způsobu života.

#### ➤ Na co je třeba dbát?

**Před výkonem:** nejméně 24hodin před výkonem dbejte na zvýšený příjem tekutin, kvůli funkci ledvin a na vyšetření přijděte nalačno (3-4 hodiny)

**Po výkonu:** pokud je výkon prováděn ambulantně, neodcházejte po skončení vyšetření nejméně dvacet minut z RDG oddělení. V případě hospitalizace, budete odveden/odvezen na pokoj nemocničním personálem. Při zdravotních obtížích ihned kontaktujte zdravotnický personál.

**Podpis a razítko lékaře indikujícího vyšetření/datum a čas:**

---

## ➤ Souhlas s výkonem

**Já níže podepsaný pacient /zák. zástupce/ tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod lékařského výkonu a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na vyšetření CT.**

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byl/a jsem informován/a o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života.

**Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

**Podpis pacienta/zák. zástupce pacienta:**

---

Datum a čas: \_\_\_\_\_

## ➤ Prostor pro doplňující údaje:

---

Prohlašuji, že jsem pacienta (zákonného zástupce) osobně informoval, poučil a podal náležitě vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient (zákonný zástupce) vyslovil svůj informovaný souhlas s vyšetřením CT.

**Podpis a razítko lékaře/datum a čas:**

---