

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (KY)/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIÍ (CT)

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



### ➤ Vážená paní, Vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám doporučil vyšetření výpočetní tomografií (CT). Před samotným výkonem Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této zobrazovací metody, jejími běžnými riziky a s ev. alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s vyšetřením bylo založeno na dostatečném množství informací. Podle druhu vyšetření může být k lepšímu zobrazení některých orgánů a cév podána do žíly jódová kontrastní látka. O tom, zda bude kontrastní látka použita, rozhodne vyšetřující lékař.

### ➤ Proč tento výkon a jeho přínos

CT vyšetření vytváří pomocí rentgenového záření podrobné obrazy vyšetřované části těla. Umožňuje lékařům přesněji zjistit příčinu Vašich obtíží, potvrdit nebo vyloučit některá onemocnění a naplánovat další léčbu. Pokud je potřeba lépe zobrazit cévy, některé orgány nebo jiné struktury, může být podána nitrožilní jódová kontrastní látka.

### ➤ Jak je výkon proveden

Vyšetření je prováděno nalačno, pokud nejde o neodkladný stav. Při vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole, který se během vyšetření pohybuje otvorem CT přístroje. Je důležité zůstat v klidu a podle pokynů případně na krátkou dobu zadržet dech. Samotné snímání je obvykle rychlé a nebolestivé. Pokud je plánováno podání kontrastní látky, zdravotník Vám zavede malou kanylu do žíly, nejčastěji na horní končetině. Kontrastní látka se podá během vyšetření. Můžete krátce pocítit teplo, případně zvláštní chuť v ústech či pocit, jako byste se pomohli; tyto pocity obvykle rychle odezní. Po vyšetření může být doporučeno dostatečně pít, pokud to váš zdravotní stav dovoluje.

### ➤ Možné komplikace

CT vyšetření používá rentgenové záření, a proto při něm dochází k ozáření. Lékař vyšetření doporučuje pouze tehdy, pokud očekávaný přínos převládá možné riziko spojené s ozářením. Dávka záření závisí na druhu a rozsahu vyšetření. Při samotném CT vyšetření se komplikace běžně nevyskytují, ale i při zcela správném provedení výkonu může dojít k některým druhům komplikací. Konkrétní riziko závisí především na individuální

vnímavosti pacienta, na jeho zdravotním stavu a typu použité kontrastní látky. Pokud je podána, může se objevit krátkodobý pocit tepla, nevolnost nebo jiné přechodné obtíže. Vzácně může dojít k alergické či jiné závažnější reakci. Kontrastní látka může také zhoršit funkci ledvin, zejména u pacientů s již sníženou funkcí ledvin nebo s některými dalšími rizikovými faktory. Velmi vzácně může dojít k závažné reakci vyžadující léčbu. O svých předchozích reakcích na kontrastní látky a o onemocnění ledvin proto informujte zdravotnický personál.

### ➤ Alternativa

Podle Vašeho zdravotního stavu může být alternativou jiné zobrazovací vyšetření, například ultrazvukové vyšetření nebo magnetická rezonance (MR), případně vyšetření bez použití kontrastní látky. V některých situacích může být možné také sledování bez okamžitého zobrazovacího vyšetření. Vhodnost jednotlivých možností závisí na důvodu vyšetření a vašem zdravotním stavu a probere ji s Vámi indikující lékař.

**Podpis a razítko lékaře indikujícího vyšetření:**

Datum:



### Souhlas s výkonem

**Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce** tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení vyšetření, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto vyšetření.

**Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, 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 provedením vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

**Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:**

---

Datum:

---

Prohlašuji, že jsem pacientovi/ce (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient/ka (zákonný zástupce) vyslovil/a svůj informovaný souhlas s výkonem.

**Podpis a razítko lékaře RTG:**

---

Datum a čas:

---



### Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.

---

---

---