



**OBLASTNÍ NEMOCNICE  
PŘÍBRAM, a. s.**

Oblastní nemocnice Příbram, a.s.  
Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01  
IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S CT VYŠETŘENÍM A PODÁNÍM KONTRASTNÍ LÁTKY

Oddělení: **Zobrazovací metody**

Jméno a příjmení pacienta: .....

Datum narození: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Datum narození: .....

### Co je CT vyšetření

Vyšetření výpočetní tomografií (dále CT) je neinvazivní zobrazovací metoda, která využívá rentgenové paprsky k vytvoření obrazů lidského těla. Vzniká vrstevové zobrazení, které dovoluje posuzovat změny ve vnitřních orgánech bez i s kontrastní látkou aplikovanou do žíly resp. podanou do zažívací trubice.

### Možná rizika plynoucí z ionizujícího ozáření:

Ionizující (a tedy i rentgenové) záření může mít negativní účinky na člověka, proto lékař rozhoduje, zda je vyšetření nezbytné. Pokud ano, pak je riziko spojené s jeho provedením vždy menší, než riziko spojené s jeho neprovedením.

Technické parametry vyšetření jsou nastaveny tak, aby obdržená dávka pacienta byla co nejmenší v poměru zachování diagnostického přínosu vyšetření, které je prováděné plně erudovaným personálem.

### Jaký je důvod (indikace) vyšetření

CT vyšetření indikuje ošetřující lékař s cílem zjistit příčinu Vašich potíží.

### Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

Minimálně 4 hodiny před vyšetřením nejíst, je žádoucí dodržet pitný režim. Užívání léků není omezeno vyjma níže uvedeného.

Před vyšetřením břicha a malé pánve dostanete přípravu (kontrastní látku v 1,5 l tekutiny), kterou vypijete po douškách během 3 hodin před vyšetřením.

CT - irrigografie / kolonoskopie / enterografie mají speciální přípravu.

Akutní CT je obvykle bez přípravy.

Před a po vyšetření s jodovou kontrastní látkou podávanou do žíly je třeba vysadit léky, které mají vliv na funkci ledvin – zejména léky obsahující metformin (používají se k léčbě cukrovky) a některá antibiotika. Pacient nesmí lék užívat 1-2 dny před vyšetřením, v den vyšetření a 1 den po něm.

### Jak se vyšetření provádí?

Vyšetření se provádí v poloze na zádech, méně často na břiše na vyšetřovacím lůžku CT přístroje. Vyšetření je nebolestivé, vyžaduje spolupráci a podle typu vyšetřované oblasti trvá 5-20 minut.

Vyšetření se může provádět bez podání kontrastní látky a jakákoli příprava ani zajištění nitrožilního přístupu není nutné. V případě nutnosti podání kontrastní látky z důvodu lepšího zobrazení důležitých podrobností je zajištěn nitrožilní přístup zpravidla na paži - látka se aplikuje do žíly speciálním injektorem, následně se z těla vylučuje ledvinami a močovými cestami.

Množství kontrastní látky a rychlost vstřikování závisí na konkrétním typu vyšetření.

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

Jakékoliv jiné obtíže během vyšetření, hlaste okamžitě přítomnému zdravotnickému personálu.

**Možná rizika doporučeného zdravotního výkonu s kontrastní látkou do žíly:**

Konkrétní riziko výskytu komplikací závisí především na individuální vnímavosti pacienta, na jeho zdravotním stavu. Někdy se po podání kontrastní látky do krevního oběhu může projevit reakce na tuto látku. Reakce může mít různé projevy a různou závažnost a personál CT je na ni připraven.

**Abychom snížili riziko komplikací a především alergických reakcí na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky:** \*odpověď zakroužkujte

Víte o jakékoli alergii, zejména na jodové preparáty? ..... Ano\* ..... Ne\*

Pokud ano, uveďte a doplňte charakter reakce .....

Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku? ..... Ano\* ..... Ne\*

Máte zvýšenou funkci štítné žlázy (hyperthyreóza)? ..... Ano\* ..... Ne\*

Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo ke srážení krve? ..... Ano\* ..... Ne\*

Jste těhotná? ..... Ano\* ..... Ne\*

**Režim pacienta po provedení výkonu:**

Pokud je vyšetření prováděno ambulantně, neodcházejte po dobu nejméně 20 minut z pracoviště OZM. Někteří výrobci kontrastních látek nedoporučují po jejich aplikaci vykonávání činností vyžadujících zvýšenou pozornost (řízení vozidel aj.) po různě dlouhou dobu.

Pokud jste hospitalizováni, budete odveden/a nebo odvezen/a nemocničním personálem. Při výskytu jakýchkoliv obtíží po provedeném vyšetření sdělte tyto zdravotnickému personálu.

V případě podávání protialergické přípravy budete o omezeních poučeni indikujícím lékařem.

**Já níže podepsaný pacient / zák. zástupce tímto prohlašuji,**

že mě indikující lékař dne ..... náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod a typ lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby 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 léčbu.

Lékař mě seznámil s očekávaným přínosem výkonu a s možnými alternativami navrhovaného vyšetření. Byl/a jsem informován/a o možných rizicích a komplikacích během výkonu, i jaký vliv bude mít výkon případně jeho odmítnutí na moji schopnosti 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: .....

Prohlašuji, že jsem pacienta/zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient/zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka indikujícího lékaře a podpis: ..... Datum: .....

Jmenovka radiologa a podpis: ..... Datum: .....