

## POUČENÍ O VÝKONU

Jméno a příjmení pacienta:.....r.č.:.....

Jméno a příjmení zákonný zástupce (opatrovník/ustanovený zástupce)\*\* :.....

Oddělení:..... Poučení provádějící lékař:.....  
razítko Jméno, příjmení, titul a podpis poučení provádějícího lékaře

*Vážená paní, vážený pane,  
rozhodl/a jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě pročetl/a následující informaci a stvrdil/a svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil/a a dáváte souhlas k výkonu. Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamílčujeme žádnou závažnou skutečnost. Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na příjímáčího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.*

### Název výkonu: **VYŠETŘENÍ VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIÍ (CT)**

*X označit*

BEZ KONTRASTNÍ LÁTKY

S NITROŽILNÍM PODÁNÍM JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

S MOŽNOSTÍ JODOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

Datum vyšetření: .....

Označte X **Jsem gravidní**

**Nejsem gravidní**

**Můžu být gravidní**

**Váha**.....**kg**

**Výška**.....**cm**

#### 1. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):

• CT vyšetření je vhodné pro detailní posouzení kostní i plicní struktury. Dovoluje detailně hodnotit tkáně jednotlivých orgánů především v oblasti hlavy, krku hrudníku břicha a malé pánve.

CT je vyšetřovací modalita první volby u akutních stavů, např. CT mozku při cévních mozkových příhodách a úrazech hlavy či nitrolebním krvácení. Spolehlivě zobrazí i úrazové změny orgánů hrudníku, břicha, pánve i zlomeniny kostí.

Další důležitou akutní indikací CT vyšetření je podezření na choroby aorty (srdečnice), jako je výduť nebo disekce (odtržení výstelky)aorty.

CT angiografie (vyšetření cév pomocí CT) se používá především pro zobrazení velkých tepen (aorty, ledvinné tepny, pánevní tepny, krkavice) a také pro zobrazení mozkových tepen. V mnohých případech již dovoluje nahradit klasické angiografické vyšetření.

#### 2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):

Vyšetřením se zobrazují normální a abnormální (patologicky změněné) struktury v lidském těle. Nález CT vyšetření ovlivňuje další léčebný postup. Při vyšetření na CT je pacient vystaven ionizujícímu záření, které je zde nezbytné k získání potřebné diagnostické informace. Ionizující záření může mít za určitých okolností účinky škodlivé pro zdraví. Tyto účinky jsou však minimalizovány zavedenými postupy na CT pracovišti a nastavením přístroje. Přínos indikovaného CT vyšetření převyšuje možné nežádoucí účinky. Jódová kontrastní látka, která může být při výkonu použita, napomáhá zviditelnění především cévních struktur a patologických ložisek. Zvláštní příprava před aplikací jódové kontrastní látky je nutná pouze u pacientů se známými alergiemi a u pacientů se zhoršenými funkcemi ledvin. Těsně před vlastním vyšetřením je do žíly zavedena jehla nebo kanyla (tenká plastická trubička), kterou se podává jódová kontrastní látka. Samotné podání jódové kontrastní látky trvá podle množství a rychlosti podání 20 až 40 vteřin. Pacient může v místě vpichu během aplikace pociťovat tlak, nikoliv výraznou bolestivost, celkově může mít pocit tepla v hlavě, krku či v celém těle a pocity na močení. Tyto pocity po aplikaci rychle odezní.

#### 3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

• Negativní účinky ionizujícího záření stochastické - takové, které nelze předem předpovědět ani vyloučit (v nejzávažnějších výjimečných případech genetické mutace u plodu, indukce rakoviny) a v mimořádných případech tkáňové účinky záření.

• Při použití jódové kontrastní látky zejména: Komplikace v místě vpichu (zánět podkoží, zánět žíly, rozpad tkáně, nedokrevní končetiny). Zhoršení ledvinných funkcí až selhání ledvin. Alergická či toxická reakce od lehké po těžkou formu.

U pacientů se zvýšenou funkcí štítné žlázy nelze jódovou kontrastní látku podat.

• Abychom mohli předejít některým rizikům spojeným s CT vyšetřením a s aplikací kontrastní látky do žíly, prosím vyplňte tento dotazník:

**DOTAZNÍK  
RTG VYŠETŘENÍ S APLIKACÍ KONTRASTNÍ LÁTKY**

*Žádáme Vás o uvedení pravdivých a úplných údajů. Odpovědi označte X*

**V den vyšetření musíte přijít nalačno. Hodnota kreatininu a eGFR –** vytištěné laboratorní výsledky s sebou (výsledky Vám poskytne Váš praktický/jiný odborný lékař).

**1. Máte nějakou alergii?** ANO  NE

Jakou (chládová, léková, včela, vosy)  
Pokud na léky? (vypište) .....

**2. Byla vám v minulosti aplikována kontrastní látka?** ANO  NE

(měl/a jste po ní nějakou reakci?) .....

**3. Máte astma?** ANO  NE

**4. Dostal/a jste premedikaci (léky před vyšetřením)?** ANO  NE

**5. Léčíte se s cukrovkou?** ANO  NE

Jaké užíváte léky na cukrovku:

**V případě snížení renálních funkcí a užívání perorálních antidiabetik (METFORMIN, GLUCOPHAGE, SIOFOR, GLIBOMET, GLUFORMIN, DIAPHAGE, ADIMET, SILUBIT RETARD, ADEBIT, METFIREX) - nutná konzultace s diabetologem!**

**6. Trpíte onemocněním ledvin?** ANO  NE

**7. Léčíte se se štítnou žlázou?** ANO  NE

Pokud ano, jaké léky užíváte: .....

**Pokud užíváte léky na ovlivnění funkce štítné žlázy (CARBIMAZOL, THYROZOL, PROPICYL) - nutná konzultace s endokrinologem!**

**Tato konzultace je nutná z důvodu potřeby úpravy medikace před podáním kontrastní látky na dobu, kterou určí odborný lékař.**

**4. Alternativy zdravotního výkonu:**

- Vyšetření bez jódové kontrastní látky (snižuje se tím výtěžnost vyšetření a nelze tak provést vyšetření, jehož cílem je zobrazení cév).
- Vyšetření ultrazvukem (nelze posoudit páteř, plíce, kosti, hlavu).
- Vyšetření magnetickou rezonancí (nelze vyšetřit pacienty s kardiostimulátorem a v některých případech je nutné aplikovat kontrastní látku, která má menší, ale podobná rizika jako kontrastní látka jódová).

**5. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

**Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:**

Protože může dojít ke zdravotním komplikacím i s časovým odstupem, po podání kontrastní látky je vhodné se k vyšetření dostavit s doprovodem a je nutné po vyšetření vyčkat minimálně 30 minut v čekárně CT pracoviště. Pokud se Vaše vyšetření obešlo bez podání kontrastní látky, pak můžete ihned po vyšetření odejít.

**Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:** • nepředpokládají se

**6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):** Po vyšetření je vhodné zvýšit příjem tekutin, dovoluje-li to Váš zdravotní stav.

**Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval/a o jeho zdravotním stavu a důvodech léčby/provedení výkonu a všech shora uvedených skutečnostech.**

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....  
Jméno, příjmení, titul a podpis poučení provádějícího lékaře

**Souhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka/ustanoveného zástupce):**

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o plánovaném výkonu a o všech souvisejících skutečnostech, zejména o možných variantách, postupech, následcích a komplikacích. Byl/a jsem rovněž upozorněn/a na eventuální nutnost výkon rozšířit nebo modifikovat v závislosti na aktuálním stavu a okolnostech. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy.

Zákonný zástupce/opatrovník/ustanovený zástupce pacienta prohlašuje/í, že příslušné informace byly v přiměřeném rozsahu a přiměřenou formou poskytnuty též pacientovi.

Názor nezletilého pacienta/pacienta s ustanoveným zástupcem, příp. důvod, pro který nemohl být názor nezletilého pacienta/pacienta s ustanoveným zástupcem zjištěn:

.....  
V Břeclavi dne: ..... v hod.: ..... Podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce/opatrovník/ustanovený zástupce)

**Nesouhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka/ustanoveného zástupce):**

Po podrobném vysvětlení a objasnění jsem navrhovaný výkon odmítl/a. Byl/a jsem dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu, možných nepříznivých následcích a rizicích, které pro mě mohou v důsledku odmítnutí výkonu nastat. Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o shora uvedených skutečnostech, kterým jsem plně porozuměl/a. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy. Přes toto výslovné poučení odmítám výkon vyšetření výpočetní tomografií.

V Břeclavi dne: ..... v hod.: ..... Podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce/opatrovník/ustanovený zástupce)

**Pacient se odmítl / nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav\* z důvodu:** .....

.....  
podepsat, svou vůli však projevil takto:

.....  
Jméno a příjmení svědka (zdravotnický pracovník): ..... Podpis: .....

\* nehodící se škrtněte

\*\* u osob nezletilých, pacientů s ustanoveným zástupcem

**Prohlášení vyšetřující osoby provádějící výkon:**

*Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popřípadě jeho zákonného zástupce / opatrovníka / ustanoveného zástupce) srozumitelným způsobem informoval/a o průběhu vyšetření, a to včetně upozornění na možné komplikace. Případné otázky byly zodpovězeny.*

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....  
Jmenovka a podpis pracovníka provádějícího výkon