

Informovaný souhlas pacienta/pacientky s výkonem**RTG / CT vyšetření / použití jodové kontrastní látky****Identifikační údaje pacienta/pacientky:**

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
Výška:.....cm			
Váha:.....kg			

Identifikační údaje zákonných zástupců, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:

Vážená pacientko, Vážený paciente,

máte nezadatelné právo podílet se na diagnostickém a léčebném postupu, který Vám byl s ohledem na Váš zdravotní stav navržen, máte také právo být ještě před Vaším rozhodnutím o těchto postupech informován/a. O svém onemocnění a jeho povaze jste byl informován lékařem indikujícím toto vyšetření.

1. Účel výkonu:

K vyšetření Vás odesílá indikující lékař pro zjištění či vyloučení onemocnění, na které má podezření a k upřesnění dalšího léčebného postupu. Kontrastní látky slouží k lepšímu zobrazení anatomických struktur a orgánů, případně jejich funkce. Jsou nejčastěji aplikovány do cévního řečiště, mohou být podávány přímo do tkáně nebo do dutin lidského těla.

2. Alternativy výkonu a jejich možné komplikace a rizika:

Nejsou. Rizikem neprovedení vyšetření může a nemusí být správné zjištění či vyloučení onemocnění a tím upřesnění diagnózy za účelem stanovení dalšího léčebného postupu.

3. Jaký je předpokládaný prospěch výkonu:

Upřesnění dalšího léčebného postupu a zpřesnění diagnózy.

4. Jaký je režim před výkonem:

U RTG vyšetření: 4 hodiny před vyšetřením nejíst, nekouřit; 4 hodiny před podáním jodové kontrastní látky omezit příjem tekutin na 100 ml/hod. (pouze voda). Na našem pracovišti Vám bude zavedena jehla do žíly tzv. vene punkce k aplikaci kontrastní látky (dále jen KL). Při samotné aplikaci KL se může vyskytnout pocit tepla spojený s pocitem na močení. Tato reakce organismu je standardní a do několika sekund odezní. Je vhodné o tomto pocitu informovat zdravotnický personál.

Při CT vyšetření: 4 hodiny před samotným vyšetřením nejíst, nekouřit; 4 hodiny před podáním jodové kontrastní látky omezit příjem tekutin na 100 ml/hod (pouze voda). Na našem pracovišti Vám bude zavedena jehla do žíly tzv. vene punkce k aplikaci kontrastní látky (dále jen KL). KL je aplikována nitrožilně předepsaný tlakem pomocí tzv. Injektoru. Při samotné aplikaci KL se může vyskytnout pocit tepla spojený s pocitem na močení. Tato reakce organismu je standardní a do několika sekund odezní. Při vyšetření v oblasti břicha a malé pánve, se podává také KL i per os (ústí cca 1 litr) přímo na našem pracovišti. Tato KL se popíjí malými doušky dle povahy CT vyšetření v rozmezí 30-60 min. od prvního doušku. Informaci o době příjmu/popíjení takovéto KL podá bezprostředně zdravotnický personál CT pracoviště.

5. Jaký je postup při provádění výkonu:

Nitrožilně Vám bude aplikována jodová kontrastní látka. Poté následuje vyšetření RTG přístrojem či CT s použitím obvyklých protokolů. Během vyšetření jste pod neustálým zdravotnickým dohledem.

6. Jaké jsou možné komplikace a rizika zvoleného výkonu:

Komplikace při tomto vyšetření nejsou časté, nelze je však s jistotou vyloučit.

RDG 03/02 RTG / CT vyšetření / použití jodové kontrastní látky

Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková organizace

Vydmuchov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná, tel: 596 383 111 | Datová schránka: 2bqk6mu | Email: nspka@nspka.cz | www.nspka.cz

- Riziko představuje hlavně alergická reakce. Nejčastější možnou komplikací je alergická reakce na kontrastní látku (nevolnost, kopřivka, dušnost, otoky). Mezi faktory zvyšující riziko nežádoucí reakce patří: cukrovka, užívání perorálních antidiabetik, ledvinná nedostatečnost, těžké srdeční a plicní onemocnění, plicní astma, předchozí reakce na jodové kontrastní látky, vícečetná alergie, odvodnění organismu, děti a vysoký věk nemocných, zvýšená funkce štítné žlázy. Pokud jste alergický, nebo jste měl v minulosti reakci na kontrastní látku, oznamte to předem lékaři.
- Další možnou komplikací je kontrastní nefropatie - to je akutní zhoršení ledvinných funkcí vzniklé po podání jodové kontrastní látky, kde byla vyloučena jiná příčina.
- Nevýhodou je využití ionizujícího záření. Ionizující (rentgenové) záření ve formě dlouhodobého menšího i krátkodobého velmi intenzivního záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn, vedoucích k poškození struktur živé hmoty. Negativní působení na plod, poškození kůže, oční čočky, poškození kostní dřevě, formy střevení, neuropsychické problémy a ve vysokých dávkách až nemoc z ozáření. Jedná se o postižení akutní i chronická. K těmto druhům postižení v radiodiagnostice nedochází nebo jen velmi vzácně v mírné formě, protože dávky ionizujícího záření používané při radiodiagnostických metodách jsou mnohonásobně nižší, tzv. podprahové. Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenány.

Těhotné ženy nelze vyšetřit.

7. Jaký je režim po provedení výkonu:

Po vyšetření (nitrožilním podání kontrastní látky) je nezbytné:

- 30 minut neopouštět RDG/CT pracoviště
- zvýšit příjem tekutin k rychlejšímu vyloučení aplikované KL

V případě jakýchkoliv potíží (bolesti hlavy, břicha, nevolnost, dechové obtíže, kožní vyrážka atd.) je nutné okamžitě upozornit zdravotnický personál/vyšetřujícího lékaře!

8. Jaká jsou možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti:

Další omezení mohou vyplývat pouze z Vašeho zdravotního stavu.

9. Jaký je léčebný režim, případná preventivní opatření a provedení kontrolního výkonu:

Není žádný. Ostatní opatření vyplývají z Vašeho zdravotního stavu.

Plánovaný výkon:

RTG / CT vyšetření / použití jodové kontrastní látky

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu a dále způsob jeho provedení a možné alternativy, komplikace alternativních výkonů a rizika při neprovedení navrhovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. Také jsem byl/a poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb a s provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že netrpím žádnou další chorobou, o které jsem neinformoval/a ošetřujícího lékaře, neužívám další léky, o nichž lékař neví, hlavně léky ovlivňující srážlivost krve: hepariny (např. Fraxiparine, Clexane, Zibor, Fragmin), protidestičková léčiva (např. Anopyrin, Ticlid, Ibustrin, Trombex), nebo další protisrážlivá léčiva (např. Warfarin, Lawarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis).

Prohlašuji rovněž, že netrpím ani jsem neprodělal/a žádnou infekční chorobu - především infekční žloutenku, TBC, AIDS a že se u mne nevyskytla žádná alergická reakce (vyrážka, ztížené dýchání), o níž jsem neinformoval/a ošetřujícího lékaře.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zdravotních zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím, aby tyto výkony byly provedeny.

Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte prosím následující otázky:

Jste těhotná?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Nevím
Datum poslední menstruace:			
Antikoncepce:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Máte onemocnění štítné žlázy?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	

Souhlasím

Datum: Čas:	Podpis pacienta/ky/zákonných zástupců:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor:
----------------	--	---

Dodatek: Pokud se nemůže pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, ale je schopen jiným způsobem vyjádřit svou vůli, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli:

.....

Datum a čas: Podpis svědka:

Nesouhlasím (na vyslovení nesouhlasu navazuje podpis negativního reversu)

Datum: Čas:	Podpis pacienta/ky/zákonných zástupců:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor:
----------------	--	---

RDG 03/02 RTG / CT vyšetření / použití jodové kontrastní látky

Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková organizace

Vydmuchovej 399/5, Ráj, 734 01 Karviná, tel: 596 383 111 | Datová schránka: 2bqk6mu | Email: nspka@nspka.cz | www.nspka.cz