

## INFORMOVANÝ SOUHLAS CT VYŠETŘENÍM A PODÁNÍM KONTRASTNÍ LÁTKY

vyplňte čitelným písmem, nebo nalepte štítek pacienta/ky s osobními údaji

| Identifikační údaje pacienta/ky: |  |
|----------------------------------|--|
| příjmení:                        |  |
| jméno:                           |  |
| rodné číslo:                     |  |
| trvalé bydliště:                 |  |
| oddělení:                        |  |

| Identifikační údaje zák. zástupce, opatrovníka: |  |
|-------------------------------------------------|--|
| příjmení:                                       |  |
| jméno:                                          |  |
| tel. kontakt:                                   |  |
| trvalé bydliště:                                |  |
| vztah:                                          |  |

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám doporučil provedení vyšetření výpočetní tomografií. Je zapotřebí Vás dostatečně informovat o přípravě, způsobu provedení a případných komplikacích, spojených s tímto vyšetřením. Dále je nutné získat Váš souhlas s tímto vyšetřením.

CT je metoda využívající účinku rentgenového záření, která jsou do určité míry pro organismus zatěžující a její použití je třeba důkladně zvážit. Ke kvalitnímu vyšetření je někdy dále nutné nitrožilní podání jodové kontrastní látky, která lépe zobrazí vyšetřované orgány a cévy. O podání kontrastní látky rozhodne lékař na CT pracovišti.

Kontrastní látka je preparát s obsahem jódu, který se aplikuje do žíly a poměrně rychle se z těla vylučuje ledvinami. Jiná kontrastní látka než jódová, použít v tomto případě nelze a bez ní není možno toto vyšetření provést. V drtivé většině případů je její podání dobře snášeno, ale jako u většiny léčiv, i zde se mohou vyskytnout vedlejší nežádoucí účinky. Tento přípravek se nesmí podat osobám, kteří již prodělali závažnou nežádoucí reakci na kontrastní látku obsahující jód.

***Možné a nejčastější vedlejší účinky jsou:*** Pocit sucha v ústech, pocit horka, tlak v okolí močového měchýře a pocit zvýšeného tlaku krve do hlavy. Tyto příznaky většinou během několika minut odezní.

***Závažnější a zároveň nejvzácnější nežádoucí účinky, jsou projevy alergických reakcí:*** Jako například pocit na zvracení, svědění kůže, kopřivka, rudé skvrny na kůži a dýchací potíže. Ve velmi vzácných případech, může alergická reakce postoupit až do anafylaktického šoku se ztrátou vědomí a smrti.

***Alternativy výkonu:*** Jedinou alternativou je nepodání kontrastní látky. Nevýhodou je, že vyšetření nemusí mít takovou požadovanou diagnostickou hodnotu.

### **Příprava a průběh vyšetření:**

- 24 hodin před vyšetřením je nutné hodně pít,
- k vyšetření se dostavte nalačno (4 hodiny před vyšetřením nepožívejte žádnou tuhou stravu, kávu, alkohol, cigarety a pouze po malých doušcích pijte čistou tekutinu - vodu),
- při cíleném vyšetření trávicího traktu, je nutná důkladnější příprava, pokyny sdělí Váš ošetřující lékař, další nutná příprava pak bude provedena přímo na CT,
- ženy v reprodukčním věku (15 – 45 let) podepíší informovaný souhlas, že nejsou těhotné.
- Diabetici mohou užívat léky na bázi metforminu až za 48 hodin - po ověření ledvinových funkcí.

**Po vyšetření je vhodné zvýšit příjem tekutin, k rychlejšímu vyloučení kontrastní látky z organismu.**

### **Poučení:**

Prohlašuji, že jsem byl podrobně seznámen s výše uvedeným úkonem, jeho nežádoucími účinky a v případě komplikací souhlasím s neodkladnými výkony, nutnými k jejich odstranění a tím k záchraně života, nebo zdraví. Dále potvrzuji, že jsem měl možnost klást vyšetřujícímu personálu doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno a že jsem informacím plně porozuměl a souhlasím s podáním kontrastní látky a navrhovaným postupem.



|                                                                                          |  |       |  |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|------|
| Jste na něco alergická(ý)                                                                |  | ANO * |  | NE * |
| Uvedte na co – léky, pyly...                                                             |  |       |  |      |
| Uvedte průběh alergické reakce                                                           |  |       |  |      |
| Byla Vám někdy podána jodová kontrastní látka? (CT, nukleární medicína,...)              |  | ANO * |  | NE * |
| Trpíte astmatem?                                                                         |  | ANO * |  | NE * |
| U žen: Jste těhotná nebo kojíte?                                                         |  | ANO * |  | NE * |
| Léčíte se s krevním onemocněním?                                                         |  | ANO * |  | NE * |
| Léčíte se s feochromocytomem?                                                            |  | ANO * |  | NE * |
| Trpíte onemocněním štítné žlázy?                                                         |  | ANO * |  | NE * |
| Pokud užíváte v současné době léky na <b>zvýšenou</b> funkci štítné žlázy, vypište jaké: |  |       |  |      |
| Trpíte hypertenzí?                                                                       |  | ANO * |  | NE * |
| Prodělal/a jste někdy srdeční selhání?                                                   |  | ANO * |  | NE * |
| Trpíte onemocněním ledvin?                                                               |  | ANO * |  | NE * |
| Trpíte cukrovkou (diabetes mellitus)?                                                    |  | ANO * |  | NE * |
| Užíváte v současné době léky obsahující <b>metformin</b> (léky k léčbě cukrovky)?        |  | ANO * |  | NE * |
| Pokud ano, vypište jaké ** :                                                             |  |       |  |      |

\* Text, který označíte, vyjadřuje vaše stanovisko.

\*\*Příklad léků obsahující metformin (zakroužkujte, pokud některý z následujících léků užíváte):

ADIMET, AVANDAMET, COMPETACT, DIAPHAGE, GLIBOMET, GLUBRAVA, GLUCKOMERCK, GLUCOVANCE, GLUFORMIN, LANGERIN, METFIREX, METFOGAMMA, SIOFOR, STADAMET

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| Aktuální hodnota sérového kreatininu (maximálně týden stará): |  |
|---------------------------------------------------------------|--|

**Prohlášení lékaře:** Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval(a) o shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, a to včetně upozornění na možné komplikace.

v Žatci, dne \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_ hodin. \_\_\_\_\_  
jmenovka a podpis lékaře

Prohlašuji, že jsem **nezamlčel/a** žádné mně známé **údaje o mém zdravotním stavu**, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit okolí.

v Žatci, dne \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_ hodin. \_\_\_\_\_  
podpis pacienta (zákonného zástupce)

podpis nezletilého pacienta, který dovršil 14 let

**Současný zdravotní stav pacienta, nedovoluje, aby podepsal informovaný souhlas z důvodu:**

způsob projevu souhlasu:

v Žatci, dne \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_ hodin.

jméno svědka: \_\_\_\_\_ podpis svědka

jméno zdravotnického pracovníka: \_\_\_\_\_ podpis zdravotnického pracovníka