|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Informovaný souhlas pacienta s CT vyšetřením** |  |

**Příjmení a jméno:**

**RČ:**

**Váha: Výška:**

**Vyšetření provádíme pouze na základě doporučení (žádanky) od ošetřujícího lékaře!**

**Povaha a postup vyšetření**

CT je zkratka anglického „Computed Tomography“- česky počítačová tomografie. Jedná se o vyšetření, při kterém CT přístroj provádí snímání požadované části těla za pomoci RTG záření. Dávka RTG záření, kterou při vyšetření obdržíte, je s ohledem na výslednou kvalitu vyšetření snížena na nejnižší možnou úroveň, abychom minimalizovali rizika s tím spojená.

V některých případech může být podána nitrožilně jodová kontrastní látka, jejíž aplikace může být za určitých okolností riziková **(hlavně u pacientů alergických na jód)** a proto je třeba dodržet základní přípravu před vyšetřením a nezamlčet informace o zdravotním stavu. Účinky nitrožilního podání kontrastní látky se mohou projevit jako pocity vlny tepla do celého těla, které rychle odezní. Kontrastní látka se vylučuje ledvinami, proto doporučujeme po jejím podání **zvýšit příjem tekutin**.

Součástí vyšetření orgánů dutiny břišní a malé pánve bývá perorální podání (pití) roztoku kontrastní látky a vody nebo vody samotné (dle vyšetřujícího lékaře). Celková doba vyšetření se tak může prodloužit až o 2 hodiny.

**Rizika a komplikace**

Při vyšetření je dodržován princip, aby přínos z vyšetření pro Vás byl vyšší než rizika s ním spojená. U těhotných pacientek může mít RTG záření negativní vliv na plod, proto o vhodnosti CT vyšetření vždy rozhoduje lékař na základě zdravotního stavu pacientky a vyšetřované oblasti.

Komplikace spojené s vyšetřením nejsou časté, za určitých okolností však může dojít k nežádoucí události v podobě prasknutí žíly v místě vpichu nebo alergické reakci při podání kontrastní látky.

Pokud dojde k prasknutí cévy, je nutné postižené místo sledovat a případné další komplikace (bolestivý otok, zánět…) řešit s praktickým nebo ošetřujícím lékařem.

V případě časné alergické reakce (ještě v prostorách našeho oddělení) dokážeme reakci potlačit a zajistit Vám následnou péči. Pokud by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až mimo prostory CT, je nutné se okamžitě obrátit na záchrannou službu.

**Souhlas pacienta:**

**Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) srozumitelně seznámen(a) s veškerými skutečnostmi ohledně CT vyšetření včetně upozornění na možné komplikace. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření CT.**

…………………………. ….………………………………………………………

Datum Podpis pacienta

**Pacient není způsobilý se vyjádřit (důvod): / Byly shledány následující kontraindikace:**

**Vyjádření lékaře:**

Vyšetření **uskutečnit** / **neuskutečnit**

…………………………. ….………………………………………………………

Datum Jméno a podpis lékaře

**Následující otázky vyplníte před vyšetřením s personálem CT pracoviště:**

Lačnost (4hod): ANO / NE

Diabetes: ANO / NE

Užívané léky na diabetes: Byly vysazeny: ANO / NE

Těhotenství: ANO / NE

Alergie (jaké):

Kreatinin: Urea:

Podpis zdravotníka: