

Písemný souhlas¹ s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

Identifikační údaje pacienta:

Jméno a příjmení:
Datum narození:.....
Rodné číslo:
Číslo pojištěnce (není-li tím RČ):
kód ZP:.....
Adresa trvalého bydliště (u cizince místo hlášeného pobytu):.....

Identifikační údaje osoby určené pacientem² nebo jiné osoby³:

Jméno a příjmení:.....
Datum narození:.....
Bydliště:
Vztah k pacientovi:

Poskytovatel zdravotních služeb:

Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace

Sídlo: Purkyňovo nám. 133/2, 674 01 Třebíč

IČO: 00839396

Oddělení: **RDG**

Jméno, příjmení, titul zdravotnického pracovníka poskytujícího údaje a poučení:

Název zdravotní služby/výkonu:

Vyšetření výpočetní tomografií (CT)

Informace podané pacientovi a/nebo osobě určené pacientem:

A. Údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb. Na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař provedení CT vyšetření. CT je moderní metoda využívající účinků rentgenového (RTG) záření, které jsou do určité míry pro organismus zatěžující a její použití je třeba důkladně zvážit. Rentgenové záření je spojeno s potenciálním zdravotním rizikem, které závisí na radiační dávce odpovídající charakteru zvoleného vyšetřovacího protokolu. V dlouhodobém časovém horizontu může být mírně zvýšená pravděpodobnost vzniku šedého zákalu oční čočky a zhoubného nádorového bujení. V případě těhotenství může mít vyšetření negativní dopad na vývoj plodu, proto je tuto skutečnost důležité předem hlásit personálu CT pracoviště. Technické podmínky každého RTG (tedy i CT) vyšetření jsou nastaveny tak, aby ozáření bylo co nejmenší. Ke kvalitnímu vyšetření cév a orgánů, je někdy nutné nitrožilní podání jodové kontrastní látky, o kterém rozhoduje lékař radiolog na základě informací o důvodu vyšetření a požadované výtěžnosti. Vyšetření je prováděno vleže a je nutné se

¹ Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis (např. transplantáční zákon, zákon o specifických zdravotních službách) nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě. Písemná forma souhlasu se vyžaduje také v případech, má-li být oddělena část těla, která se neobnoví.

Písemnou formu vyžaduje i souhlas k lékařskému pokusu na člověku, nebo k zákroku, který zdravotní stav člověka nevyžaduje; to neplatí, jedná-li se o kosmetické zákroky nezanechávající trvalé nebo závažné následky.

² Pacient může určit osobu, která v určitých případech (nemůže-li pacient s ohledem na zdravotní stav vyslovit souhlas) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

³ Není-li pacientem stanovena osoba dle pozn. 2), nebo není-li taková osoba nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela/registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče nebo (není-li taková osoba nebo není dosažitelná) souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.

přesně řídit pokyny zdravotnického personálu (např. zadržetí dechu na krátkou dobu). Během a bezprostředně po nitrožilním podání kontrastní látky se u Vás mohou vyskytnout průvodní jevy, zejména pocit „tepla po těle“, ojediněle se může dostavit nevolnost, bušení srdce, pocit na močení, hořká pachuť v ústech. Tyto pocity za krátkou dobu odezní. Zásadní komplikací podání kontrastní látky je možnost alergické reakce, která je relativně vzácná a ve většině případů probíhá jako mírná reakce s výskytem vyrážky, nevolnosti či mírných dechových obtíží. V případě závažné alergické reakce může výjimečně dojít až k rozvoji vážného stavu anafylaktického šoku, který v krajním případě může vést až ke smrti pacienta. Vzhledem k tomu, že alergická reakce na kontrastní látku ve výjimečných případech může nastat i v delším období (několik hodin) po vyšetření, je nutné při výše zmíněných potížích vyhledat lékařskou pomoc.

B. Poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost si zvolit jednu z alternativ:

Ve vybraných případech lze CT vyšetření nahradit metodou nevyužívající ionizující záření (např. ultrazvuk nebo magnetická rezonance). Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou další alternativu a zda si můžete zvolit z několika alternativ, Vám poskytl ošetřující lékař, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

C. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Pokud Vám nebyla kontrastní látka aplikována nitrožilně, můžete po vyšetření ihned odejít domů. Pokud Vám byla aplikována nitrožilně kontrastní látka, zůstanete dle pokynů personálu CT pracoviště 30 minut v čekárně a v případě jakýchkoliv potíží toto ihned oznámte zdravotnickému personálu.

Kontrastní látka se vylučuje převážně ledvinami, je tedy vhodné po vyšetření zvýšit příjem tekutin, pokud to není v rozporu s Vaším zdravotním stavem či léčbou. Tím se vyloučení této látky urychlí.

D. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Pokud je plánované vyšetření s nitrožilním podáním kontrastní látky, je nutné, abyste 4 hodiny před vyšetřením nejedl/a, můžete pít pouze neperlivé nealkoholické nápoje. Pokud užíváte léky na diabetes mellitus (cukrovka) s obsahem metforminu, je nutné 2 dny před a dva dny po vyšetření tyto léky vysadit.

Máte některé z následujících onemocnění?

Alergie na jód	ANO	NE
Diabetes mellitus (cukrovka)	ANO	NE
Zvýšená funkce štítné žlázy	ANO	NE
Porucha funkce ledvin	ANO	NE
Zelený zákal	ANO	NE

V případě potřeby souhlasím s podáním kontrastní látky. ANO NE

Poučení pacienta:

1. pacient má právo klást doplňující otázky vztahující se k navrhovaným zdravotním službám a právo na jejich srozumitelné zodpovězení,
2. pacient má právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují⁴,
3. pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat.

⁴ Např. uložené ochranné léčení, nařízené vyšetření zdravotního stavu, vyšetření na virus lidského imunodeficitu podle § 71 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Vyjádření pacienta nebo osoby určené pacientem/jiné osoby

Já níže podepsaný pacient/osoba určená pacientem nebo jiná osoba prohlašuji:

- že jsem byl poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupech při poskytování zdravotních služeb
- že údaje a poučení uvedené shora v tomto písemném souhlasu pod písm. A) až D) mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny
- že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a že výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů,
- že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladně provedení dalších zákroků nutných k záchraně nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony
- že jsem byl poučen o tom, že mohu svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat

Datum:

podpis pacienta

podpis zdravotnického pracovníka
provádějícího poučení

Vyšetření s použitím kontrastní látky (vyplňuje radiolog) ANO NE -----
podpis radiologa

podpis osoby určené pacientem
(není-li taková osoba nebo není-li dosažitelná, pak udělí souhlas osoby za stejných podmínek a v pořadí):
manžel/registrovaný partner,
rodič
jiná svéprávná osoba blízká, pokud je známa

Nemůže-li se pacient podepsat, запиšte důvody bránící k získání podpisu pacienta a uveďte, jakým způsobem pacient projevil svou vůli:

.....

podpis svědka, který byl přítomen projevu souhlasu

Jméno, příjmení, pracovní zařazení nebo bydliště: