

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

### CT NATIV – výpočetní tomografie nativní

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

**1. Účel výkonu a jeho průběh:**

CT vyšetření je specializované rentgenové vyšetření různých oblastí hlavy, těla a končetin s počítačově zpracovaným výsledným zobrazením. CT vyšetření je prováděno na pohyblivém stole vleže, který

se posunuje do vyšetřovacího tunelu CT přístroje. Jedná se o tzv. lékařské ozáření využívající ionizující záření.

Technické parametry každého CT vyšetření jsou nastaveny tak, aby Vaše ozáření bylo co nejmenší. Souhlas pacienta s CT vyšetřením zajišťuje indikující lékař.

**2. Možné alternativy výkonu:**

RTG nebo UZ nebo MRI vyšetření (nemusí být v daném případě přínosné).

**3. Rizika a možné důsledky výkonu:**

Možnost nežádoucího ovlivnění plodu rentgenovým zářením

**VYPLŇTE: Jste těhotná? ANO - NE**

**4. Možná následná omezení způsobu života:**

Žádná

**5. Léčebný režim a preventivní opatření:**

CT vyšetření neprovádíme až na výjimky v době těhotenství

**6. Informace o zavedení implantabilního zdravotnického prostředku:**

#### SPECIÁLNÍ INFORMACE

#### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas.**

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny. V případě potřeby souhlasím také s podáním nezbytné transfúze krve nebo krevních derivátů.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

#### ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

Datum a čas:

Datum a čas:

.....  
Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a

.....  
Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce

**Případný svědek/svědci**

.....  
Podpis svědka/svědků

**Jakým způsobem pacient/pacientka projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat**