



## ОБСЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (КТ)

Пациент/ка: ..... Дата рождения: .....

звание имя фамилия

Личный номер ..... Код МКК: .....

(номер страховки): .....

Адрес: .....

Законный ..... Родство: .....

представитель: ..... (напр., мать, отец, опекун и т.п.)

звание имя фамилия

Дата ..... Адрес: .....

рождения: ..... (если не совпадает с адресом пациента/тки)

Уважаемые дамы, уважаемые господа, уважаемые родители!

на основании результатов анализа состояния Вашего здоровья Ваш лечащий врач порекомендовал произвести обследование методом компьютерной томографии («послойное» изображение организма, далее только КТ). Учитывая определенные риски, вытекающие из принципа метода, необходимо, чтобы Вы были должным образом проинформированы о подготовке, последовательности действий и возможных осложнениях, связанных с данным обследованием.

Вы имеете право свободно принять решение о способе предоставления Вам (Вашему ребенку) медицинских услуг, если это не исключают иные правовые нормы. Для осуществления предлагаемого медицинского вмешательства необходимо Ваше согласие. Для облегчения принятия Вами решения предлагаем Вам ознакомиться со следующей информацией.

КТ является современным методом, использующим воздействие рентгеновского излучения (RTG), которое в определенной степени является нагрузкой для организма и его использование требует тщательного рассмотрения. Для произведения качественного обследования сосудов и органов также необходимо внутривенное введение йодсодержащего контрастного вещества, об использовании которого врач примет решение непосредственно в лаборатории КТ.

### Причина направления на обследование

Диагностическое КТ обследование по направлению лечащего врача помогает обследовать или контролировать состояние Вашего здоровья и может повлиять на дальнейшее лечение.

### Альтернативы (иные возможности) обследования / лечения

Информацию о том, если предлагаемое медицинское вмешательство имеет альтернативу (иную возможность), и если Вы можете выбрать из нескольких альтернатив, Вам/Вашему ребенку предложит лечащий врач, который порекомендовал осуществление данного медицинского вмешательства.

### Подготовка к обследованию

**К обследованию придите натощак** (мин. 4 часа до обследования можете выпить только немного жидкости, исключить кофе и алкоголь). Если производится целевое обследование желудочно-кишечного тракта (тонкий и толстый кишечник), необходимо произвести более тщательную подготовку (очистить кишечник) согласно инструкции лечащего врача, назначившего обследование. Остальная необходимая подготовка будет осуществляться в день обследования в соответствии с указаниями лечащего врача (радиолога).

**Если у Вас есть какая-либо аллергия (в том числе аллергия на пыльцу или укусы насекомых), заранее уведомите об этом** Вашего лечащего врача и персонал лаборатории КТ. Очень важно информировать лечащего врача и персонал лаборатории КТ о том, если у Вас когда-либо проявилась аллергическая реакция на внутривенное введение йодсодержащего контрастного вещества, не только при КТ обследовании, но и при обследовании сосудов (ангиография и флебография) или почек (экскреторная урография). Сообщите также о любых кожных реакциях на



йодсодержащие дезинфицирующие средства. Также информируйте персонал лаборатории КТ о наличии у Вас болезней почек, бронхиальной астмы или глаукомы.

Основываясь на информации, полученной от Вас и Вашего лечащего врача, радиолог будет рассматривать необходимость внутривенного введения контрастного вещества или порекомендует профилактическое введение препаратов для устранения потенциальных осложнений, связанных с внутривенным введением контрастного вещества на основе рекомендаций, содержащихся в Методическом указании по внутрисосудистому введению йодсодержащих контрастных веществ, утвержденном комитетом RS ČLS JEP (Radiologická společnost české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně).

#### **Последовательность действий при обследовании**

Обследование может быть произведено без необходимости введения контрастного вещества и подготовка к введению и обеспечение внутривенного доступа не требуется.

При необходимости введения контрастного вещества у Вас будет подготовлен внутривенный доступ, как правило, на предплечье (подобный укол как при анализе крови).

Обследование производится в положении лежа, при этом необходимо точно выполнять инструкции медицинского персонала (например, на короткое время задержать дыхание).

Во время и непосредственно после внутривенного введения контрастных веществ у Вас могут проявиться побочные эффекты, прежде всего чувство «тепла по всему телу», иногда может появиться тошнота или сердцебиение. Эти чувства исчезнут в течение короткого времени.

#### **Риск и возможные осложнения при обследовании**

Возможным серьезным проявлением осложнений могут стать т.наз. аллергические реакции, которые могут возникнуть, несмотря на то, что Вы еще не встречались с ними и Вы уже проходили обследование с использованием йодсодержащего контрастного вещества. Однако при введении современных, т.наз. неионных контрастных веществ серьезные осложнения возникают крайне редко. Распознавание и способ лечения этих осложнений зависит от тяжести аллергических реакций и персонал лаборатории КТ подготовлен к решению подобных осложнений.

#### **Поведение после обследования, возможные ограничения**

Так как в исключительных случаях осложнения со здоровьем могут возникнуть намного позже после произведения обследования, то рекомендуем Вам прийти на обследование с сопровождением и после обследования подождать не менее 15 минут в приемной лаборатории КТ.

Контрастное вещество в основном выводится почками, поэтому рекомендуем после обследования много пить, если это позволяет Ваше состояние здоровья и дальнейшее лечение. Это ускорит выведение контрастного вещества из организма.

Если Ваше обследование производилось без введения контрастного вещества, то Вы можете уйти сразу после обследования. В случае возникновения любых вопросов и неясностей, конечно, обратитесь к медицинскому персоналу.

Разрешите Вас предупредить, что в предоставлении медицинских услуг в нашей больнице могут принимать участие и лица, проходящие специализированную практику медицинского персонала или иного специализированного персонала, включая доступ к медицинской документации. Вы можете отказаться от присутствия таких лиц при предоставлении медицинских услуг и запретить им доступ к медицинской документации во время Вашего лечения. Дополнительную информацию Вам по требованию предоставит Ваш лечащий врач.

#### **ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА/КИ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

Я был/-а ознакомлен/-а с информацией о цели, характере, с предполагаемыми выгодами, последующими и возможными рисками предлагаемых медицинских услуг (медицинского вмешательства).

Я был/-а ознакомлен/-а с альтернативами (иными возможностями) планированных медицинских услуг (медицинского вмешательства), с их преимуществами и рисками и имел/-а возможность выбрать одну из альтернатив (если такая возможность выбора существует и если на вмешательство не распространяются специальные правовые нормы).

Я был/-а ознакомлен/-а с возможными ограничениями в привычном образе жизни и трудоспособности после предоставления медицинских услуг (медицинского вмешательства) и с возможными ожидаемыми изменениями состояния моего здоровья и дееспособности.



Пациент/ка: .....

Личный номер: .....

Я был/-а ознакомлен/-а с лечебным режимом, подходящими профилактическими мерами и с возможными контрольными медицинскими обследованиями.

Я был/-а ознакомлен/-а с правом на принятие свободного решения о способе предоставления медицинских услуг мне лично (моему ребенку), если иные правовые нормы не исключают это право.

Я сообщил/-а все известные мне данные о состоянии моего здоровья (о состоянии здоровья моего ребенка), которые могут негативно повлиять на мое лечение (лечение моего ребенка) или поставить под угрозу мое окружение, прежде всего при расширении инфекционных заболеваний.

Я заявляю, что мне была предоставлена подробная информация об имплантированном медицинском устройстве согласно специальным правовым нормам. (Данное заявление касается только пациентов с имплантированными медицинскими устройствами.)

Я заявляю, что я был/-а предупрежден/-а о том, что я могу отозвать данное информированное согласие и принимаю во внимание, что возможный отзыв согласия будет не действителен, если проведение медицинской процедуры уже было начато, и его прекращение может вызвать серьезное повреждение здоровья или угрожать жизни моей(моего ребенка).

В случае появления неожиданных осложнений, требующих неотложное производство дальнейших вмешательств, необходимых для спасения жизни или здоровья, я согласен/-на с тем, чтобы были произведены все дальнейшие необходимые и неотложные действия, необходимые для спасения жизни или здоровья.

**Я заявляю, что я мог/могла задавать дополнительные вопросы, на которые я получил/-а надлежащие ответы, я полностью понял/-а информацию и разъяснения и согласен/-на с предлагаемыми медицинскими услугами (медицинским вмешательством).**

Информация, указанная в данном соглашении с предоставлением медицинских услуг, касающаяся несовершеннолетнего пациента (недееспособного в правовом плане пациента), была пациенту предоставлена в соответствии с его умственным и волевым развитием.

**ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА ИЛИ ЛИЦА, ПРИЗНАННОГО В УСТАНОВЛЕННОМ ЗАКОНОМ ПОРЯДКЕ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ, ДАТЬ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

(заполняет врач, предоставляющий данные и производящий инструктаж)

- Пациент/-ка интеллектуально и умственно зрелый/-ая для выражения согласия с предоставлением предлагаемых медицинских услуг.
- Пациент/-ка интеллектуально и умственно **незрелый/-ая** для выражения согласия с предоставлением предлагаемых медицинских услуг.

**Заявление обследующего врача:**

Настоящим заявляю, что я должным образом ознакомил вышеупомянутого пациента (законного представителя) с целью, характером и альтернативами запланированного обследования способом, который был, на мой взгляд, для него понятный.

Я также проверил противопоказания к обследованию.

.....  
карточка с именем (печатными буквами или печать)

ZOK

подпись

**Заявление лечащего врача:**

Настоящим заявляю, что я должным образом ознакомил вышеупомянутого пациента (законного представителя) со способом произведения, возможными рисками и осложнениями запланированного обследования способом, который был, на мой взгляд, для него понятный.

Я также проверил противопоказания к медицинскому облучению.

.....  
карточка с именем (печатными буквами или печать)

ZOK

подпись

Пльзень, дата: ..... В ..... часов

.....  
подпись пациента/-ки или законного представителя

**Заполните только в случае, когда состояние здоровья пациента/ки не позволяет собственноручно подписаться** (напр., в результате травмы верхней конечности):

Этот бланк или какую-либо его часть запрещено любым способом воспроизводить, публиковать и распространять в любой форме без прямого согласия руководства FN Plzeň.



Пациент/ка: .....

Личный номер: .....

**Нынешнее состояние здоровья пациента/ки не позволяет собственноручно подписаться под этим согласием из-за:**

.....  
**Способ выражения воли (согласия):**

кивком головы     жестом: .....     глазами     иначе: .....

Свидетель: .....  
имя и фамилия    подпись (если свидетель не работает в FN, указать адрес проживания и дату рождения)

.....  
**Заполните, если пациент/ка (законный представитель) отказался/-лась подписать согласие:**

**Пациент/ка (законный представитель) отказался/-лась подписать данное согласие.**

Врач (медицинский работник), предоставляющий данные и производящий инструктаж:

.....  
карточка с именем (печатными буквами или печать)

ZOK

подпись

Свидетель: .....  
имя и фамилия    подпись (если свидетель не работает в FN, указать адрес проживания и дату рождения)