

КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ (КТ)

Пациєнт/-ка: _____ Дата народження: _____
академічний ступінь імя
прізвище

Персональний номер / Код МКК: _____
(номер застрахованої особи): _____

Місце проживання: _____

Законний представник: _____ Ким доводиться: _____
академічний ступінь імя (напр., матір, батько, опікун тощо)
прізвище

Дата народження: _____ Місце проживання: _____
(якщо відрізняється від місця проживання пацієнта/-ки)

Шановна пані, шановний пане, шановні батьки!

На підставі оцінки стану Вашого здоров'я Ваш лікуючий лікар рекомендував провести комп'ютерну томографію (зображення «розрізів» тіла, далі КТ). У зв'язку з певними ризиками, які впливають із принципу методу, необхідно достатньо поінформувати вас про підготовку, спосіб проведення та можливі ускладнення, пов'язані з цим обстеженням.

Ви маєте право вільно вирішувати про порядок надання Вам (Вашій дитині) медичних послуг, якщо інші правові норми це право не виключають. Для проведення запропонованої медичної процедури потрібна Ваша згода. Щоб полегшити вибір рішення, надаємо Вам таку інформацію.

КТ – це сучасний метод, який використовує вплив рентгенівських променів (рентгенів), які певною мірою обтяжливі для організму, і його використання необхідно ретельно обдумати. Для якісного обстеження судин та органів необхідне також внутрішньовенне введення йодоконтрастної речовини, що вирішує лікар безпосередньо на робочому місці КТ.

Причина виконання процедури

Діагностичне КТ-обстеження на розсуд лікуючого лікаря допоможе уточнити або контролювати стан вашого здоров'я, що може вплинути на подальший курс лікування.

Альтернативи (інші можливості) щодо процедури/лікування

Інформацію про те, чи є у запропонованої медичної процедури альтернатива (інший варіант), і чи є у вас можливість вибрати з кількох альтернатив, вам/вашій дитині надав лікуючий лікар, який рекомендував виконання цієї медичної процедури.

Підготовка до обстеження

Приходьте на обстеження натщесерце (принаймні за 4 години до обстеження лише невелику кількість рідини, не кави та алкоголю). Якщо проводиться цілеспрямоване обстеження травного тракту (тонкого і товстого кишечника), необхідна більш ретельна підготовка (спорожнення кишечника) за вказівками лікаря, який призначає обстеження. Подальша необхідна підготовка буде проведена в день огляду відповідно до вказівок оглядаючого лікаря (рентгенолога).

Якщо ви страждаєте від алергії на будь-які речовини (включаючи алергію на пилок або укуси комах), повідомте про це свого лікаря та працівників КТ заздалегідь. Дуже важливо повідомити лікуючого лікаря та персонал КТ, якщо у вас раніше не було алергічної реакції на внутрішньовенний йодний контраст не тільки під час КТ, а й під час дослідження судин (ангіографія та флебографія) або нирок (екскреторна урографія). ... Також повідомляйте про будь-які реакції шкіри на йодні дезінфікуючі засоби. Також повідомте персоналу КТ, якщо у вас є проблеми з нирками, бронхіальна астма або глаукома.

На основі інформації від вас та вашого лікуючого лікаря рентгенолог розгляне необхідність внутрішньовенного введення контрастної речовини або порекомендує профілактичне введення препаратів для виключення можливих ускладнень, пов'язаних з внутрішньовенним введенням контрастної речовини, на основі рекомендацій у Методиці для внутрішньосудинного введення йодовмісних контрастних речовин Чеське медичне товариство Яна Євангеліста Пуркіне).

Перебіг обстеження

Дослідження можна проводити без контрастної речовини, і немає необхідності в підготовці або забезпеченні внутрішньовенного доступу.

Якщо необхідно ввести контрастну речовину, вам буде надано внутрішньовенний доступ, як правило, на руку (подібно до ін'єкції крові).

Обстеження проводиться лежачи і необхідно точно виконувати вказівки медичного персоналу (наприклад, затримувати дихання на короткий час).

Під час і відразу після внутрішньовенного введення може спостерігатися супутнє введення контрастних речовин, особливо відчуття «тепла за тілом», іноді нудота або серцебиття. Ці відчуття вщухнуть за короткий час.

Ризики та можливі ускладнення процедури

Можливим серйозним ускладненням є прояв так званої алергічної реакції, яка може виникнути, навіть якщо ви з ними ще не стикалися і вже пройшли обстеження за допомогою йодоконтрастної речовини. Однак більш серйозні ускладнення виникають виключно при застосуванні сучасних, так званих неіонних контрастних речовин. Розпізнавання та лікування цих ускладнень залежить від тяжкості алергічної реакції, і персонал КТ готовий до них.

Поведінка після процедури, можливі обмеження

У зв'язку з тим, що ускладнення зі здоров'ям у виняткових випадках можуть виникнути протягом більш тривалого періоду після обстеження, доцільно прийти на огляд у супроводі та після огляду почекати не менше 15 хвилин у приймальні робочого місця КТ.

Контрастна речовина виводиться переважно нирками, тому доцільно збільшити споживання рідини після обстеження, якщо це не суперечить стану здоров'я чи лікування. Це прискорює виведення цієї речовини.

Якщо ваше обстеження було проведено без введення контрастної речовини, то ви можете піти відразу після обстеження.

Якщо у вас виникли запитання чи сумніви, зверніться до персоналу, який веде обстеження.

Інформуємо вас, що в наданні медичних послуг у нашій лікарні можуть брати участь особи, які здобувають професію медичного працівника чи іншого фахівця, це стосується й ознайомлення з медичною документацією. Ви можете відмовитися від присутності цих осіб під час надання медичних послуг і заборонити їм знайомитися з медичною документацією протягом Вашого лікування. Детальнішу інформацію Вам надасть лікар-куратор за запитом.

ЗАЯВА ПАЦІЄНТА/-КИ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)

Я був/-ла ознайомлений/-а з інформацією про мету, характер, очікувану користь, наслідки та можливі ризики пропонованих медичних послуг (медичної процедури).

Я був/-ла ознайомлений/-а з альтернативами (іншими можливостями) щодо пропонованих медичних послуг (медичної процедури), їх перевагами і ризиками та мав/-ла можливість вибрати одну з альтернатив (якщо можливість вибору існує і якщо процедура не підпадає під дію спеціальних законодавчих норм).

Я був/-ла ознайомлений/-а з можливими обмеженнями звичного способу життя і працездатності після надання медичних послуг (після медичної процедури) і можливими очікуваними змінами стану здоров'я та фізичної форми.

Я був/-ла ознайомлений/-а з програмою лікування, відповідними профілактичними заходами і можливими контрольними медичними процедурами.

Я був/-ла поінформований/-а про право вільно вирішувати щодо надання медичних послуг, якщо інші законодавчі норми це право не виключають.

Я не приховав/-ла жодних відомих мені даних про стан свого здоров'я, які можуть негативно впливати на лікування чи становити небезпеку для оточення, зокрема внаслідок поширення інфекційної хвороби.

Заявляю, що мені була надана детальна інформація про імплантований медичний виріб відповідно до спеціальної законодавчої норми. (Ця заява стосується лише пацієнтів з імплантованим медичним виробом.)

Заявляю, що я був/-ла поінформований/-а про можливість відкликання цієї інформованої згоди, і беру до відома, що можливе відкликання згоди буде недійсним, якщо вже розпочалося проведення медичної процедури, переривання якої може завдати серйозної шкоди здоров'ю або поставити під загрозу життя.

На випадок несподіваних ускладнень, що потребують термінових подальших дій для рятування життя або здоров'я, даю згоду на всі подальші термінові втручання, потрібні для рятування життя або здоров'я.

Заявляю, що я мав/-ла можливість поставити додаткові запитання, на які отримав/-ла належні відповіді, що інформацію та роз'яснення я повністю зрозумів/-ла і даю згоду на пропоновані медичні послуги (медичну процедуру).

Інформація, наведена в цій згоді на надання медичних послуг неповнолітньому пацієнту (пацієнту з обмеженою дієздатністю), повідомлена пацієнту відповідно до його інтелектуальної та вольової зрілості.

ОЦІНКА ЗДАТНОСТІ НЕПОВНОЛІТНЬОГО ПАЦІЄНТА АБО ПАЦІЄНТА З ОБМЕЖЕНОЮ ДІЄЗДАТНІСТЮ НА ВИСЛОВЛЕННЯ ЗГОДИ:

(заповнює лікар/-ка, що надає відомості та роз'яснення)

- Пацієнт/-ка є зрілим/-ою в інтелектуальному та вольовому відношенні для висловлення згоди на надання пропонуваніх медичних послуг.
- Пацієнт/-ка не є зрілим/-ою в інтелектуальному та вольовому відношенні для висловлення згоди на надання пропонуваніх медичних послуг.

Заява лікаря, що надає настанови:

Я заявляю, що належним чином поінформував вищезазначеного пацієнта (законного представника) про мету, характер та альтернативи запланованого обстеження у спосіб, який, на мою думку, був для нього зрозумілим.

Також я перевіряв протипоказання обстеження.

.....
табличка з іменем (друкованими літерами або штампом).....
відд./клініка підпис**Заява виконуючого лікаря:**

Я заявляю, що належним чином поінформував вищезазначеного пацієнта (законного представника) про мету, характер та альтернативи запланованого обстеження у спосіб, який, на мою думку, був для нього зрозумілим. Також я перевіряв протипоказання обстеження.

.....
табличка з іменем (друкованими літерами або штампом).....
відд./клініка підпис

м. Пльзень, о годині

.....
підпис пацієнта/-ки (підпис законного представника)

Заповніть, якщо пацієнт/-ка здатний надати згоду, але з огляду на свій стан здоров'я не може поставити підпис (наприклад, через травму верхньої кінцівки):

Поточний стан здоров'я пацієнта/-ки не уможливорює підписання цієї згоди, тому що:

Альтернативний спосіб вираження волі (згоди):

- киванням головою жестом: очима іншим способом:

Свідок:

.....
ім'я та прізвище підпис (якщо свідок не є працівником ФЛ м. Пльзень, вказують адресу та дату народження)

Заповніть, якщо пацієнт/-ка (законний представник) відмовився/-лася підписати згоду:

Пацієнт/-ка (законний представник) відмовився/-лася підписати цю згоду.

Лікар/-ка (медичний працівник), що надає відомості та роз'яснення:

.....
ім'я (друкованими літерами або печаткою).....
відд./клініка.....
підпис

Свідок:

.....
ім'я та прізвище підпис (якщо свідок не є працівником ФЛ м. Пльзень, вказують адресу та дату народження)