

	INFORMOVANÝ SÚHLAS		Verzia	1.0
	Dotazník k CT vyšetreniu		Platnosť od	1.7.2019

Meno:	Rodné číslo:
Priezvisko:	Dátum narodenia:
Bydlisko:	Zdravotná poisťovňa:

Výška (cm)		
Hmotnosť (kg)		
Posledných 6 hodín som nejedol.	ÁNO	NIE
Posledných 6 hodín pred vyšetrením som okrem čistej vody, minerálnej vody a nesladeného čaju nič nepil.	ÁNO	NIE
Alergia na jódomé preparáty	MÁM	NEMÁM
Alergia na iné látky	MÁM	NEMÁM
Ak máte alergiu, na aké látky?		
V prípade alergie, podaná protialergická príprava	ÁNO, BOLA	NIE, NEBOLA
Zvýšený vnútroočný tlak	MÁM	NEMÁM
U žien: Ste tehotná?	SOM	NIE SOM
Liečite sa na obličkové ochorenie?	ÁNO, LIEČIM	NIE, NELIEČIM
Posledné CT vyšetrenie som absolvoval v roku:		
Posledné CT vyšetrenie bola zamerané na orgán / oblasť:		

Súčasne v súlade so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, súhlasím so spracovaním svojich osobných údajov pre potreby zdravotnej dokumentácie a zdravotnej poisťovne v informačnom systéme spoločnosti Cinre spol.s r.o. so sídlom Tematínska 5/A, 851 05 Bratislava, IČO: 51012138 zapísanej v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sro, vložka číslo 121859/B a prehlasujem, že mnou poskytnuté osobné údaje sú pravdivé.

CHARAKTERISTIKA

Vyšetrenie **CT (Computed Tomography)** je diagnostická zobrazovacia metóda za pomoci röntgenového žiarenia, ktoré sa používa na vnútorné zobrazenie orgánov a kostí v jednotlivých vrstvách pomocou počítačového spracovania röntgenových lúčov a ktorá môže priniesť dokonalý obraz možných chorobných zmien vo vyšetrovanom orgáne Vášho tela.

PRIEBEH PO VYŠETRENÍ

- Zostaňte na CT pracovisku v čakárni aspoň 15 minút.
- Pite väčšie množstvo tekutín, aby sa kontrastná látka dostala čo najrýchlejšie z tela von.
- Ihneď hláste personálu akékoľvek svrbenie, pálenie, zhoršené dýchanie, opuchnutá tvár, jazyk alebo vyrážky.
- V prípade menšieho úniku kontrastnej látky mimo žilu je potrebné prikladať si na postihnuté miesto 3x denne na 15 až 60 minút studené obklady.

Pokračujte na druhej strane

MOŽNÉ RIZIKÁ A KOMPLIKÁCIE VÝKONU

- Po podaní kontrastnej látky môže v ojedinelých prípadoch dôjsť k alergickej reakcii. Vo výnimočných prípadoch sa môžu do 24 hodín objaviť i neskoré prejavy alergie po podaní kontrastnej látky, najčastejšie svrbenie alebo vyrážka. Mierne alergické reakcie nevyžadujú terapiu. Ak sa však príznaky budú zhoršovať, kontaktujete svojho lekára.
- Pri podaní klyzmy existuje nepatrné riziko poranenia konečníka alebo čreva, ktoré v ojedinelých prípadoch vyžadujú operačný zákrok.

ZNENIE INFORMOVANÉHO SÚHLASU

Svojím podpisom potvrdzujem, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil, prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred výkonom informovaný o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických a liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol som tiež poučený o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom sa rozhodnúť.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom	SÚHLASÍM*	NESÚHLASÍM*
V prípade, ak bude poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyžadovať podanie kontrastnej látky, s jej podaním	SÚHLASÍM*	NESÚHLASÍM*
V prípade, ak bude poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyžadovať podanie klyzmy, s jej podaním	SÚHLASÍM*	NESÚHLASÍM*

*NEHODIACE PREČIARKNITE

Poučenie podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení zákona č. 84/2014 Z.z.

Potvrdzujem, že som ako dotknutá osoba bol informovaný podľa § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení zákona č. 84/2014 Z.z. a že som zároveň bol poučený právach, ktoré mi ako dotknutej osobe prislúchajú podľa § 28 citovaného zákona.

V prípade, ak sa objednaného vyšetrenia nezúčastníte, informujte nás

Výsledky vyšetrenia preberiem: osobne alebo poverujem (meno a priezvisko poverenej

osoby).....

Kontrastnú látku podal:

.....

Pečiatka a podpis

Dátum:

.....

Podpis pacienta / zákonného zástupcu