

POUČENÍ PACIENTA PŘED VYŠETŘENÍM VÝPOČETNÍ TOMOGRafiÍ A PODÁNÍM JÓDOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

Plánovaný výkon

Podstupujete vyšetření využívající **rentgenové záření**. Vyšetření je plánováno tak, aby s co nejnižší dávkou bylo dosaženo co nejvyšší diagnostické kvality. Přesto však nelze negativní vliv na Vaše zdraví nikdy zcela vyloučit. Radiodiagnostické pracoviště Oblastní nemocnice Trutnov a.s. splňuje všechny zákonné požadavky kladené na pracoviště provádějící lékařské úkony spojené s ozářením pacienta. **Naši lékaři plně využívají principu co nejnižší dávky s co nejvyšší diagnostickou výtežností.**

Vyšetření bývá obvykle prováděno s podáním jódové kontrastní látky do žíly pomocí zavedené kanyly/jehly. Nitrožilní podání kontrastní látky je nutné k získání dostatečné informace o vyšetřovaných orgánech. O jejím podání rozhoduje lékař radiolog.

Při vyšetření břicha se často před vyšetřením dává vypít tekutina obsahující roztok cukru, která může působit projímavě.

K vyšetření je nutné **přijít na lačno**. Jakékoliv léky, které užíváte, není potřeba vysazovat.

Rizikem podání kontrastní látky je alergická reakce. Používáme kontrastní látky s velmi nízkým rizikem alergických reakcí, jejich výskyt je velmi vzácný, přesto však může k alergické reakci dojít. Jen naprosto výjimečně dochází k tak silné alergické reakci, že může dojít k ohrožení na životě a nutnosti akutní zásahu. Z těchto důvodů je potřeba po vyšetření vyčkat 10–15 minut v čekárně.

Podání kontrastní látky **zatěžuje ledviny**, proto je nutné před a po vyšetření dostatečně pít a na případné onemocnění ledvin předem upozornit. Pro minimalizaci poškození ledvin a jiných reakcí by měl odesílající lékař cílenými dotazy zjistit případná rizika a informovat nás o nich v žádance.

Dále je nutné **u žen upozornit na případnou graviditu (těhotenství).**

Informace o přípravě před vyšetřením najdete na webových stránkách naší nemocnice v záložce Oddělení – Radiodiagnostika, část CT, mezi přílohami.

V případě dotazů se obraťte na ošetřující personál.

Vyjádření souhlasu s ozářením

Jsem si vědom(a), že podstupuji vyšetření využívající rentgenové záření. Toto vyšetření je důležité pro určení dalšího diagnostického a léčebného postupu. V případě nesouhlasu s vyšetřením si uvědomuji, že lékař nemusí mít k dispozici veškeré informace nutné k posouzení mého zdravotního stavu.

Datum:

Podpis vyšetřovaného:

Jméno a podpis zákonného zástupce: