

**CT vyšetrenie** je neinvazívny moderný spôsob vyšetrenia orgánov ľudského tela využívajúci RTG žiarenie a kontrastnú látku (ak si to situácia vyžaduje). Jódová kontrastná látka môže vyvolať alergickú reakciu, preto Vaša alergická anamnéza musí byť uvedená na žiadanke pre CT výkon. Ak je alergická anamnéza pozitívna, musíte absolvovať antialergickú prípravu. **Ak bola podaná antialergická príprava v INEJ ambulancii, trváme na riadnom písomnom zázname a potvrdenie o podaní prípravy s podpisom lekára, ktorý Vám antialergickú prípravu podal.**

Priezvisko a meno:..... Dátum narodenia:.....

Telefónne číslo:..... Email:.....

Navrhovaný / plánovaný diagnosticko-liečebný výkon: **POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIA – CT**

**Aby sme u Vás znížili riziko komplikácií výkonu, odpovedzte nám, prosím, na nasledujúce otázky:**

Trpíte sennou nádchou, precitlivosťou na potraviny, lieky, anestetiká, kontrastné látky?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak ÁNO, uveďte ktoré: .....		
Trpíte ochorením štítnej žľazy? (zvýšená činnosť?)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak ÁNO, uveďte aký liek užívate: .....		
Ste tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Liečite sa na srdce?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak ÁNO, uveďte bližšie, na aké ochorenie srdca sa liečite: .....		
Trpíte ochorením obličiek?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Liečite sa, resp. liečili ste sa na onkologické ochorenie?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Súhlasíte s podaním kontrastnej látky, ak si to bude vyšetrenie vyžadovať?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Udeľujete súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely poskytnutia výsledkov vyšetrenia Vášmu ošetrojúcemu lekárovi, ktorý nezadal požiadavku na vyšetrenie, na základe jeho vyžiadania?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

*Súhlas nie ste povinný udeliť. Bez Vášho súhlasu však, nebude možné napr. poskytnúť výsledky Vášho vyšetrenia, Vášmu ďalšiemu ošetrojúcemu lekárovi.*

<b>Popis (výsledky) z vyšetrenia žiadate?</b>	<input type="checkbox"/> ODOSLAŤ lekárovi	<input type="checkbox"/> STIAHNUŤ elektronicky*	<input type="checkbox"/> PREVZIAŤ osobne
---	---	---	--

\***Popis a snímky** budete mať ihneď po popísaní rádiológom k dispozícii na portáli **www.ERADIOLOGIA.sk**. Môžete si ich stiahnuť, vytlačiť či poskytnúť k ďalšej zdravotnej starostlivosti inému ošetrojúcemu lekárovi (aj lekárovi, ktorý neindikoval CT vyšetrenie).

**Svojim podpisom potvrdzujem**, že lekárovi, ktorý ma poučil a oboznámil s liečebným postupom, som pri poskytnutí údajov nezatajil/a žiadne vážnejšie ochorenia, alergie ani tehotenstvo. Bola mi riadne vysvetlená podstata a povaha CT výkonu, účel, priebeh vyšetrenia a možné následky. Bol/a som informovaný/á o možných rizikách spojených s CT rádiologickým výkonom a podaním kontrastnej látky vnútrožilovo, ako aj o možných následkoch spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol/a som informovaný/á o alternatívach vyšetrenia a o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o možných rizikách poskytnutia a o rizikách odmietnutia uvedeného výkonu. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť, či výkon podstúpim.

<b>Bol(a) som poučený(á) o povahe CT vyšetrenia.</b>	<input type="checkbox"/> <b>SÚHLASÍM s vyšetrením</b>
--	---

Podpis: ..... (vzťah k pacientovi: ..... ) Dátum: .....