

# DOTAZNÍK K VYŠETRENIU NA POČÍTAČOVÚ TOMOGRAFIU (CT)

Na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplňte, prosím, tento dotazník.

**ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE** (identifikácia/pečiatka ZZ)

**Nemocnica s poliklinikou  
Spišská Nová Ves, a. s.  
Jánskeho 1  
052 01 Spišská Nová Ves  
Tel. č.: 053 4199 495**

**PRACOVISKO/ODDELENIE:**

CT pracovisko - rádiodiagnostické oddelenie

**MIESTO:**

pracovisko počítačovej tomografie - CT

**MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:**

**TELEFÓNNE ČÍSLO:**

**E-MAIL:**

**ADRESA:**

Váš e-mail a telefón slúži pre potreby prípadnej komunikácie, nie na zasielanie výsledkov.

**PSČ:**

**KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:**

**RODNÉ ČÍSLO:**

**AKTUÁLNA HMOTNOSŤ:**

 kg

**AKTUÁLNA VÝŠKA:**

 cm

Posledné 4 hodiny som nejadol, nepil kávu, džús, mlieko a iné  
(povolené piť vodu, minerálku, nesladený čaj)

áno  nie

Alergia na jódomé preparáty

mám  nemám

Alergia na iné látky

mám  nemám

Ak áno, na aké?

V prípade alergie protialergická príprava podaná

bola  nebola

Zvýšený vnútroočný tlak

mám  nemám

U žien - ste tehotná?

som  nie som

CT vyšetrenie som absolvoval/a v roku:

Vyšetrovaný orgán/oblasť:

## Kontrastná látka podávaná pri CT vyšetreniach

**Kontrastná látka** – je RTG kontrastná látka vo vode rozpustná, ktorá svojou povahou umožňuje zobraziť jednotlivé orgány, ich dutiny, alebo chorobné procesy. Používa sa pri CT (spresnenie nálezov v mozgu, obličkách, pečeni, pankrease, slezine, cievach a iných štruktúrach) vyšetreniach.

### Nežiaduce účinky:

#### Mierne až stredné:

**Bolesť** – pri vpichu do žily, ako pri bežnej injekcii,

**Pocit tepla** – hlavne v ústach, niekedy zlá chuť v ústach, nutkanie na zvracanie, niekedy točenie hlavy, pocit na odpadnutie (kontrastná látka sa podáva v ležiacej polohe) slabosť. Tieto príznaky sú prechodné a rýchlo ustúpia.

**Točenie hlavy, pocit na odpadnutie** – niekedy (kontrastná látka sa podáva v ležiacej polohe), slabosť. Tieto príznaky sú prechodné a rýchlo ustúpia.

**Kožné reakcie** – niekedy sa vyskytnú kožné reakcie – vyrážky, svrbenie – ustúpia po liekoch

#### Závažnejšie:

Môžu postihnúť srdcovocievny systém, zvýšenie prípadne zníženie krvného tlaku, sťažené dýchanie, zmätenosť, kŕče. Príznaky ustúpia po liekoch.

# Prosím, otočte list

**Výsledok z vyšetrenia, popis – nález**, je vystavený najneskôr do piatich pracovných dní. Nález je určený indikujúcemu lekárovi. S obsluhujúcim personálom si prosím dohodnite spôsob prevzatia výsledku:

**prevezmem osobne** – najskôr o päť pracovných dní na recepcii RTG odd. 2. poschodie v pracovné dni v čase od: 7:30 do: 15:00.

**udelujem povolenie** na prevzatie výsledku osobe:

Meno:

Číslo občianskeho preukazu:

Poverená osoba pri prevzatí výsledku predloží občiansky preukaz

**zaslať** na adresu (vyplniť iba v prípade, že adresa doručenia sa nezhoduje s adresou bydliska)

Ulica/číslo/mesto:

PSČ:

**DÁTUM VYŠETRENIA:**

**PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU A VZŤAH:**

### **Poučenie a informovaný súhlas s rádiodiagnostickým vyšetrením \***

Pacient, resp. aj jeho zákonný zástupca alebo sprevádzajúca osoba pacienta bol/a informovaný/á odosielajúcim lekárom o účele, povahe, následkoch, rizikách poskytnutia, ako aj o rizikách spojených s odmietnutím navrhovaných diagnostických postupov, podľa Z. z. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti § 6. Zároveň prehlasuje, že odosielajúcemu lekárovi nezatajil/li žiadne vážnejšie ochorenia, ktoré môžu mať vplyv na priebeh a výsledok vyšetrenia. Dotknutá osoba svojim podpisom potvrdzuje, že bol/a poučený/á zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

**ŽENY VO FERTILNOM VEKU** (obdobie ženy, kedy môže byť gravidná, zväčša 15 až 49 rokov)

Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná a o možnom riziku ionizačného žiarenia som bola dostatočne a mne zrozumiteľne poučená. V prípade že som dojčiacca matka, informovala som o tejto skutočnosti ošetrojúceho lekára / zdravotný personál.

**DÁTUM VYŠETRENIA:**

**PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU A VZŤAH:**

**SPREVÁDZAJÚCA OSOBA** vstupujúca na nevyhnutný čas do kontrolovaného pásma s ionizujúcim žiarením.

**PRIEZVISKO, MENO SPREVADZAJÚCEJ OSOBY:**

**ROK NARODENIA:**

**DÁTUM VYŠETRENIA:**

**PODPIS SPREVADZAJÚCEJ OSOBY:**

Pracovník s ionizujúcim žiarením RDG oddelenia Nemocnice SNV, a.s. postupujú podľa vyhlášky MZ SR č. 101/2018 Z. z. §3 – 5 pri zabezpečovaní optimalizácie lekárskeho ožiarovania a radiačnej ochrany pacienta a sprevádzajúcej osoby.

**MENO ZAMESTNANCA:**

**DÁTUM:**

**PODPIS:**

\* Informovaný súhlas je súčasťou zdravotnej dokumentácie podľa § 19 ods. 2 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.