

NAVODILA ZA PREGLED Z RAČUNALNIŠKO TOMOGRAFIJO (CT)

Vaš osebni zdravnik vas za razjasnitev zdravstvenega stanja pošilja na specialistični radiološki pregled z računalniško tomografijo ali t. i. CT. S tem pregledom izdelamo zelo tanke rezine preiskovanega dela, ki jih potem s pomočjo računalnika zdravnik radiolog interpretira. Med samim pregledom vam bomo v telo injicirali kontrastno sredstvo, ki pripomore k boljši in zanesljivejši oceni ožilja in organov. Več o kontrastu v nadaljevanju. Za uspešno izvedbo pregleda vas prosimo da pazljivo preberete navodila in podpišete soglasje za preiskavo.

KAJ JE RAČUNALNIŠKA TOMOGRAFIJA?

CT pregled je neboleč diagnostični postopek, ki omogoča vpogled v notranjost človeškega telesa. Za izdelavo slike se uporablja tako imenovane rentgenske žarke, ki so sicer v primeru pogostih slikanj zdravju škodljivi, vendar omogočajo unikaten vpogled v človeško telo. Pri vsakem pregledu skušamo s čim nižjo dozo sevanja izdelati čimbolj kakovostne slike.

PRIPRAVA PREISKOVANCA NA PREISKAVO

Preiskovanec naj s seboj prinese zdravstveno dokumentacijo in slike, ki se nanašajo na trenutni zdravstveni problem. Za CT pregled s kontrastom je potrebna predhodna priprava na pregled. S seboj morate prinesiti največ 7 dni star laboratorijski izvid ledvične funkcije (kreatinin) ter natančne podatke o zdravilih, ki jih uživate. Prosim, da na pregled pridete tešči vsaj 4 ure (lahko zaužijete malo vode ali čaja). Pred pregledom vas bo sprejel radiološki inženir, ki bo opravil preiskavo in preveril dokumentacijo in vprašalnik.

Prosimo, da iz preiskovanega dela telesa odstranite nakit in morebitne druge vsadke. Vse ženske v rodni dobi, pri katerih obstaja verjetnost nosečnosti in doječe matere, morajo na svoje stanje nujno opozoriti radiološkega inženirja.

IZVEDBA PREISKAVE

Pregled vedno izvajamo leže na hrbtu (izjemoma na trebuhu). Skupaj s preiskovalno mizo vas zapeljemo čez aparat in med tem zajamemo slike. Včasih po zvočniku dodamo kakšno dodatno navodilo (vdih, izdih, premik sklepa ...). Pregled je praviloma neboleč in traja največ 20 minut, potrebno pa je ležati pri miru. Vsako gibanje poslabša kakovost slike. Mladoletniki pridejo na pregled skupaj s starši ali skrbniki.

TVEGANJE

Ljudje smo vseskozi izpostavljeni sevanju žarkov iz naravnega okolja, vsak pregled z rentgenom ali CT-jem samo še doda nekaj doze. Doza sevanja pri CT pregledu je skrbno nadzorovana, saj želimo zagotoviti kakovosten pregled s čim nižjo dozo. Vseeno pa vsaka prejeta doza poveča možnost za nastanek rakave bolezni v prihodnosti. Nivo tveganja je odvisen od starosti preiskovanca in od prejete doze. Zdravnik, ki vas je napotil na ta pregled je presodil, da je to tveganje manjše, kot pa korist, ki jo boste s postavitvijo diagnoze dobili.

INFORMACIJE O CT PREISKAVAH S KONTRASTNIM SREDSTVOM

Določene CT preiskave je potrebno opraviti s kontrastnim sredstvom (CT trebuha, CT ožilja). Kontrastno sredstvo je jodova raztopina, ki jo potrebujemo za izboljššan prikaz organov in ožilja. Pred pregledom vam bo osebje klinike v veno na komolcu, ali na hrbtnišču roke nastavilo venski kanal, preko katerega bomo kontrastno sredstvo vbrizgali. Za izvedbo pregleda s kontrastnim sredstvom mora biti preiskovanec 4–5 ur tešč. Vrednost kreatinina ne sme biti višja kot 150 mmol/l. V primeru da je višja, prosimo da pred pregledom obvestite svojega zdravnika, da sprejme ukrepe za znižanje vrednosti kreatinina. Kontrastno sredstvo samo po sebi ni nevarno, lahko pa v redkih primerih pride do alergijske reakcije na katero izmed učinkovin kontrasta. Alergijska reakcija ni nič drugačna kot odziv telesa na stik alergena (pik ose oz. uživanje arašidov). Navadno so alergijske reakcije blage in povzročijo rdečico, srbečico. V določenih primerih pa lahko nastane oteklina obraza ali trupa, oteženo dihanje, astmatični napad, krči in posledično šok. Opisani zapleti so izjemno redki in do primera s smrtjo pride na 1 do 400.000 pregledov (kot če hudega alergika na pik ose piči osa).

Kontrastno sredstvo prinaša manjše tveganje tudi za preiskovance, ki imajo poslabšano delovanje ledvic in pa sladkornim bolnikom. Ti preiskovanci potrebujejo dodatno pripravo (zdravila, pitje tekočine, intravensko dovajanje tekočine). Največkrat je to poslabšano

delovanje ledvic prehodno, redko pa trajno. Temu se izognemo, če imamo na razpolago svež laboratorijski izvid kreatinina ter listo zdravil, ki jih preiskovanec uživa. Zato vsak preiskovanec pred pregledom izpolni vprašalnik in pristanek na CT preiskavo.

Po prejemu kontrastnega sredstva lahko imate nenaden občutek toplote po telesu, kovinski okus v ustih, rahlo slabost ali pa občutek tiščanja na vodo. Ti občutki minejo hitro in so normalni.

Kontrastno sredstvo v telo dovajamo pod pritiskom, zato lahko preiskovanec občuti malenkost nelagodja na mestu vboda. Občasno pa se zgodi, da žila pritiska ne zdrži in pride do izteka kontrasta v podkožje. To praviloma boli in takrat mora preiskovanec nemudoma obvestiti inženirja, da ustavi dovajanje kontrasta. Mesto izteka je potrebno hladiti. V ekstremnih primerih lahko pride do otekline, ki stisne žile in živce in je potreben kirurški poseg. Če vam žile pri odvzemu krvi pokajo, ali ste že imeli zaplet z iztekanjem tekočine v podkožje, o tem obvestite radiološkega inženirja.

IZVID

Vaše slike bo po preiskavi pregledal zdravnik radiolog. Ker bo med preiskavo narejenih več sto slik, interpretacija le-teh ni možna takoj. Pisni izvid boste skupaj s posnetki vašega pregleda prejeli po pošti na vaš domač naslov v nekaj delovnih dneh.

PREISKAVA Z RAČUNALNIŠKO TOMOGRAFIJO (CT)

Za oceno morebitnega tveganja ob pregledu ter kvalitetnejšega poteka preiskave vas prosimo, da odgovorite na spodnja vprašanja.

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____ Teža: _____ Predhodno že opravljena slikanja:

RTG UZ MR

Opravil/a bom CT preiskavo: _____ Kontrast: DA NE

_____ Vrednost kreatinina: _____

1. Ali ste že kdaj opravili CT preiskavo s kontrastnim sredstvom? DA NE

• Če ste odgovorili z DA, kdaj in katero preiskavo: _____

2. Ali so se med preiskavo ali po njej pojavili kakšni zapleti? DA NE

• Če ste odgovorili z DA, kakšni: _____

3. Ali so se med ali po preiskavi pojavili kakšni zapleti (izpuščaj, praskanje v grlu, srbečica, oteklina obraza, težave s srcem ali dihanjem)? DA NE

4. Ali imate dokazano alergijo na jod? DA NE

5. Ali imate astmo ali alergijo, ki jo je potrebno zdraviti z zdravili? DA NE

6. Ali imate sladkorno bolezen? DA NE

7. Ali imate težave z žlezo ščitnico? DA NE

• Če ste odgovorili z DA, imate povečano ščitnico, Gravesovo bolezen, se trenutno zdravite z radiojodom ali načrtujete radio-izotopsko slikanje ščitnice čez manj kot dva meseca?

8. Se zdravite ali ste se zdravili zaradi bolezni ledvic? DA NE

• Če ste odgovorili z DA, za katere bolezni gre: _____

9. Ste noseči ali domnevate, da bi lahko bili? DA NE

10. Ali kadite oz. ste kdaj kadili? DA NE

• V primeru, da ste kadilec oz. bivši kadilec – koliko let kadite oz. ste kadili? _____

11. Ali imate katero od naštetih bolezni (prosimo obkrožite): DA NE

• Miastenija gravis • Feokromocitom • Srpastocelična anemija • Multipli mielom (plazmocitom)

Če imate katero od zgoraj naštetih bolezni, se posvetujte z napotnim zdravnikom o nujnosti preiskave, ker se vam navedena bolezen zaradi preiskave lahko poslabša).

12. Jemljete katero od naštetih zdravil (prosimo obkrožite učinkovino)

DA

NE

Generično ime	Registrirana zdravila (zaščiteno ime)
Metformin	Aglurab, Siofor, Glucophage, Metfogamma, Metformin Aurobindo, Gluformin
Metformin + glibenklamid	Glucovance
Metformin + rosiglitazon	Avandamet
Cisplatin	Cisplatin Pliva, Cisplatin Teva, Platosin, Platinol, Platinex
Ciklosporin	Sandimmun, Ciklosporin Alkaloid
Hidralazin	Alphapress, Aprelazine, Apresol, Apresolin, Apresolina

V primeru da katero zdravilo iz zgornje liste uživate, ga ne smete vzeti 24 ur pred pregledom!

Potrjujem, da so navedene informacije najbolj točne, kolikor jih lahko podam. Prebral/-a in razumel/-a sem vsebino tega vprašalnika. Prav tako sem imel/-a možnost dobiti vsa pojasnila, ki se nanašajo na predhodna vprašanja.

Soglašam in sem seznanjen/-a z izvedbo preiskave, prav tako dajem soglasje za aplikacijo kontrastnega sredstva (KS), če se bo pri preiskavi pokazalo, da je aplikacija le-tega za natančnejšo diagnozo potrebna. Dovoljujem, da se moji podatki v zvezi s to preiskavo zbirajo, hranijo in posredujejo uradnim službam za potrebe zahtevanih statistik (ZVISJV-UPB 1, UL št.50, 29. 5. 2003).

Samo za samoplačnike! Na preiskavo sem naročen/-a kot samoplačnik in v nobenem primeru ne bom iz naslova obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja od ZZS zahteval/-a povračila stroškov (izjavo smo kot pogodbeni partner dolžni pridobiti v skladu s 39. čl. splošnega dogovora za leto 2010).

Kraj, datum

Podpis

PRIVOLITEV ZA OBDELAVO OSEBNIH PODATKOV

Priloga št. 3 k Pravilniku o zavarovanju osebnih podatkov izvajalca zdravstvene dejavnosti RADIOMED d.o.o.

PRIVOLITVENA IZJAVA POSAMEZNIKA,

ki jo v skladu z določili Uredbe (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter razveljavitvi Direktive 95/46/ES (v nadaljevanju Splošna uredba) podaja

Ime: _____

Priimek: _____

Naslov: _____

Z izbiro te izjave dajem upravljavcu osebnih podatkov (izvajalcu zdravstvene dejavnosti) RADIOMED d.o.o. privolitev za obdelavo mojih osebnih podatkov, brez posebnih vrst osebnih podatkov (brez podatkov o zdravstvenem stanju idr.), ki jih obdeluje na podlagi zakona in sklenjenih pogodb ter izvajanja zdravstvene dejavnosti, za namen neposrednega trženja, ki vključuje oblikovanje tudi meni prilagojenih ponudb različnih vrst produktov iz področja zdravstvene dejavnosti, ki jo izvaja izvajalec in vabil na dogodke na podlagi ocenjevanja in predvidevanja mojih interesov, ekonomskega položaja, potreb ipd., preko (ustrezne ponujene oblike v spodnjih alinejah označiti/obkljukati):

navadne pošte, elektronske pošte, kratkih sms sporočil in MMS sporočil, telefona,

z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja.

Seznanjen sem z možnostjo, da lahko podano privolitev kadarkoli delno ali v celoti prekličem. To lahko storim s pisno izjavo, naslovljeno na naslov (izvajalca zdravstvene dejavnosti) Glaserjev Trg 1, 2311 Hoče, ali na elektronski naslov (izvajalca zdravstvene dejavnosti) info@radiomed.si in izvajalec bo z obdelavo, ki temelji na preklicani privolitvi, prenehal naslednji dan po prejemu preklica privolitve.

Kraj, datum

Podpis