

POUČENÍ, PŘÍPRAVA A INFORMOVANÝ SOUHLAS S TERMOGRAFICKÝM VYŠETŘENÍM

Jméno a příjmení pacienta: _____

Datum narození: _____

E-mail: _____

PRAVÁK x LEVÁK

1. Informace o vyšetření

Termografie je diagnostická metoda, která využívá infračervenou kameru ke snímání povrchové teploty těla. Změny teplotního rozložení mohou odhalit záněty, poruchy prokrvení, funkční či nádorová onemocnění. Vyšetření je zcela bezbolestné, bezkontaktní a bez použití záření. Slouží jako doplňková metoda k běžné diagnostice, nejedná se o náhradu ultrazvuku, rentgenu, CT nebo MRI.

2. Průběh vyšetření

Vyšetření probíhá po 10–15minutové aklimatizaci v místnosti se stabilní teplotou. Pacient se dle potřeby svlékne do spodního prádla nebo odhalí vyšetřovanou oblast. Termokamera pořídí sérii snímků z různých úhlů. Celé vyšetření trvá přibližně 15–30 minut.

3. Podrobná příprava na vyšetření

24 hodin před vyšetřením: Vyhněte se fyzické námaze, sauně, soláriu, masáží a pobytu na slunci. Neholte a nedrážděte pokožku v oblasti vyšetření. Nepijte alkohol.

12 hodin před vyšetřením: Nepoužívejte na pokožku žádné masti, krémy, deodoranty ani parfém. Pokud možno, neužívejte léky ovlivňující krevní oběh – pouze po domluvě s lékařem.

3 hodiny před vyšetřením: Nekouřit, nepít kávu, energetické nápoje. Nejíst příliš horké jídlo. Neprovádět hygienu v oblasti vyšetření (sprcha).

V den vyšetření: Oblečte si volné oblečení bez otláčujících částí. Bude Vám umožněna aklimatizace v klidném prostředí před snímáním.

4. Výhody a omezení

Výhody: Neinvazivní, bezbolestná metoda. Nevyužívá rentgenové ani jiné záření. Vhodná pro časté opakování.

Omezení: Výsledky mohou být ovlivněny nedostatečnou přípravou. Termografie nedokáže určit diagnózu – pouze upozorní na možné abnormality.

5. Souhlas s vyšetřením

Potvrzuji, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o povaze a průběhu termografického vyšetření, jeho přínosech i omezeních. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky a bylo mi na ně odpovězeno. Dobrovolně souhlasím s provedením tohoto vyšetření. Souhlasím, že výsledky mohou být použity k dalšímu zpracování a výzkumu.

Datum: _____

Podpis pacienta: _____