

PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Pacient: _____	R.Č.: _____
Bydliště: _____	ZP: _____
Zákonný zástupce: _____	Tel.: _____
Plánovaný výkon: Vyšetření s aplikací radioaktivní látky	
Oddělení: _____	Lékař: _____
Jméno a podpis lékaře: _____	Datum a čas: _____

Vážená paní, vážený pane,
rozhodl(a) jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě pročetl(a) následující informace a stvrdil(a) svým podpisem, že jste se s jejich obsahem seznámil(a) a dáváte souhlas k výkonu. Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamílčujeme žádnou závažnou skutečnost. Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na příjímáčího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.

Záznam o rozsahu podaných informací

Plánované vyšetření:

scintigrafie skeletu	scintigrafie mozku	scintigrafie ledvin	scintigrafie plic
celotělová	HMPAO	DTPA	perfusní
trojfázová	DatSCAN	MAG3	ventilační
MIBI		DMSA	
scintigrafie srdce	scintigrafie GIT	scintigrafie cév	scintigrafie sent. uzlin
MUGA-ventrikulografie	žlučové cesty	lymfografie HK	prsa
RKG-radiokardiografie	jícen	lymfografie DK	melanom
DPD-amyloidosis	Meckel	venografie	jiné
	hemangiom		
	krvácení do GIT		
scintigrafie zánětu	scintigrafie nádoru	scintigrafie endokr. žláz	scintigrafie jiná
značené leukocyty	MIBI/Thallium	štítná žláza	
gallium	gallium	příštítná tělíska	
	Octreoscan	nadledviny	

Účel, povaha a předpokládaný prospěch zdravotního výkonu:

K objasnění a vyšetření Vašich potíží je třeba u Vás provést radioizotopové vyšetření, které se provádí po nitrožilní injekci, případně spolkáním nebo vdechováním léčiva, tzv. radiofarmaka. Slouží k podrobnější diagnostice funkčního stavu vyšetřovaného tělesného ústrojí na základě množství vychytaného radiofarmaka v jednotlivých orgánech.

Vlastní vyšetření:

Vyšetření se provádí na přístroji (gamakameře), která pořizuje snímky buď ihned po aplikaci radiofarmaka (dynamická scintigrafie), nebo s různě dlouhým časovým odstupem (statická scintigrafie). SPECT = jednofotonová emisní tomografie umožňuje prostorové zobrazení orgánů pomocí počítačů. Látka podaná při scintigrafii nemá vedlejší účinky, nezpůsobuje alergii ani jiné zdravotní komplikace. K vyšetřením na našem oddělení obecně není potřeba žádná příprava, k některým vyšetřením je potřeba se dostavit nalačno, v ostatních lze jíst i pít před i po vyšetření. Přesné informace obdržíte nebo jste obdržel/a při objednávání vyšetření.

Následky a možná rizika výkonu:

Nejčastější komplikace jsou:

UHNS-228-2019

- alergická reakce na dezinfekci, případně znečlivující látku (je-li použita),
- vzácně déletrvající krvácení z místa vpichu při některých onemocněních krvevody nebo poruchách krevní srážlivosti.

Další průběh vyšetření:

Používané radionuklidy jsou určeny pro lékařské účely a v obvykle podávaném množství nemohou způsobit poškození organismu ve smyslu vzniku nádoru apod. Dávka ozáření je nižší nebo srovnatelná s rtg vyšetřením s použitím kontrastní látky. Vyšetření je prováděno na moderních hybridních přístrojích SPECT/CT, které spojují výhody nukleárně medicínských a radiodiagnostických metod. CT vyšetření se používá na korekci atenuace (zeslabení). Protože se nejedná o diagnostické, ale lokalizační vyšetření CT, dávka ionisujícího záření, kterou obdržíte, je velmi malá. Při tomto vyšetření se nepoužívají kontrastní látky, čímž odpadá riziko možných alergických komplikací.

Pokud jste žena v produktivním věku, potvrzujete svým podpisem, že si nejste vědoma těhotenství (týká se i případného podezření na těhotenství). Jestliže kojíte, informujte prosím personál předem!

Alternativy k vyšetření:

Léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony: Jak už bylo výše uvedeno, po vyšetření můžete odejít domů. Zvýšeným pitným režimem urychlíte vylučování radioaktivní látky z těla.

U tohoto vyšetření se radiofarmakum vylučuje převážně žlučovými a močovými cestami.

Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

Po výkonu nejsou potřeba zvláštní omezení, není omezena zdravotní způsobilost ani pracovní schopnost, je však žádoucí vyhnout se delšímu styku s dětmi v den výkonu (brát na klín, sedět dlouho vedle apod.) a zdržovat se blízkosti těhotných žen.

Pokud v nejbližší době jedete do zahraničí či plánujete cestu letadlem, vyzvednete si u nás potvrzení o aplikaci radioaktivní látky. Citlivé detektory na letištích či hraničních přechodech by mohly po vyšetření zachytit zbytky radioaktivity ve Vašem těle.

Prohlášení pacienta nebo zákonného zástupce

Prohlašuji, že mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny tyto skutečnosti:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

V případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Pacientovi bylo ve smyslu § 2639 Občanského zákoníku podáno vysvětlení, že poskytnutou zdravotní péčí nemusí být vždy dosaženo jím očekávaného léčebného výsledku.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Uherském Hradišti dne _____ v _____ hod. _____ min

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Podpis lékaře

V případě že se pacient nemůže podepsat:

Důvod: _____

Způsob projevu souhlasu: _____

Jméno a příjmení svědka: _____ Podpis svědka: _____