

## PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

|   |              |
|---|--------------|
| Pacient: _____  | R.Č.: _____  |
| Bydliště: _____   | ZP: _____    |
| Zákonný zástupce: _____   | Tel.: _____  |
| Plánovaný výkon: <b>Vyšetření s aplikací radioaktivní látky</b> |              |
| Oddělení: _____   | Lékař: _____ |

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 příjímajícího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.

### Záznam o rozsahu podaných informací

#### Plánované vyšetření:

|                             |                            |                                  |                                 |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <b>scintigrafie skeletu</b> | <b>scintigrafie mozku</b>  | <b>scintigrafie ledvin</b>       | <b>scintigrafie plic</b>        |
| celotělová                  | HMPAO                      | DTPA                             | perfusní                        |
| trojfázová                  | DatSCAN                    | MAG3                             | ventilační                      |
| MIBI                        |                            | DMSA                             |                                 |
| <b>scintigrafie srdce</b>   | <b>scintigrafie GIT</b>    | <b>scintigrafie cév</b>          | <b>scintigrafie sent. uzlin</b> |
| MUGA-ventrikulografie       | žlučové cesty              | lymfografie HK                   | prsa                            |
| RKG-radiokardiografie       | jícen                      | lymfografie DK                   | melanom                         |
| DPD-amyloidosis             | Meckel                     | venografie                       | jiné                            |
|                             | hemangiom                  |                                  |                                 |
|                             | krvácení do GIT            |                                  |                                 |
| <b>scintigrafie zánětu</b>  | <b>scintigrafie nádoru</b> | <b>scintigrafie endokr. žláz</b> | <b>scintigrafie jiná</b>        |
| 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 spolýkáním nebo vdechováním léčiva, tzv. radiofarmaka. Slouží k podrobnější diagnostice funkčního stavu vyšetřovaného tělesného ústrojí na základě množství vchyteného 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:

- alergická reakce na dezinfekci, případně znečítlivující látku (je-li použita),
- vzácně děletrvajícím krvácením z místa vpichu při některých onemocněních krevtvorby 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, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, 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: \_\_\_\_\_.