

PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Pacient: _____	R.Č.: _____
Bydliště: _____	ZP: _____
Zákonný zástupce: _____	Tel.: _____
Plánovaný výkon: RADIONUKLIDOVÁ CISTERNOGRAFIE	
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 přečetl(a) následující informaci a stvrdil(a) svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil(a) a dáváte souhlas k výkonu. Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamělujeme 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**Účel, povaha a předpokládaný prospěch zdravotního výkonu:**

K objasnění a vyšetření Vašich potíží je třeba u Vás provést lumbální (bederní) punkci s odebráním mozkomíšního moku (požaduje-li to Váš ošetřující lékař) a aplikaci léku označeného radioaktivním isotopem (radiofarmakum).

Toto vyšetření slouží k objasnění cirkulace či úniku mozkomíšního moku po úraze či operaci hlavy. Před výkonem byste měl/a být hospitalizován/a.

Výkon se provádí vsedě, případně vleže, speciální dutou jehlou. Nejprve se posadíte obkročmo na židli nebo na okraj postele, vyhrbíte záda (což umožní maximální možné vyklenutí páteře) a skloníte hlavu. V této poloze zůstanete po celou dobu výkonu, který trvá asi 3 - 5 minut. Po dezinfekci a vyhmátnutí správného místa pro punkci v oblasti dolních bederních obratlů se jehla dostane do prostoru páteřního kanálu v místě, které je pod vlastní míchou, která končí u prvního až druhého bederního obratle. Při tom můžete cítit mírný tlak, nikoliv ale bolest. Pokud by se objevily jiné pocity, oznamte to, bez změny výchozí polohy, neprodleně lékaři. Po vpichu odebereme potřebné množství moku - asi 5 ml (pokud to vyžaduje ošetřující lékař) a aplikujeme vlastní radioaktivní látku. Je-li to nutné, lze napojením manometru na jehlu zjistit tlak mozkomíšního moku. Při podezření na únik mozkomíšního moku, například po úraze či operaci hlavy, zajistí Váš ošetřující lékař vyšetření na ušním, nosním a krčním oddělení, kde Vám budou na jednu noc po aplikaci radioaktivní látky zavedeny tampony do uší či nosu.

Kontraindikace: Radionuklidová cisternografie se neprovádí u osob se zvýšeným tlakem v páteřním kanálu, u osob s nízkým počtem krevních destiček a při hnisavých procesech v oblasti bederní páteře. U pacientů užívajících léky na ředění krve se postupuje obezřetně.

Následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Pokud se dodržují základní pravidla pro odběr mozkomíšního moku a jsou vyloučeny stavy, u kterých se nesmí punkce provádět, je riziko komplikací velmi malé. Vyšetření je spojeno se zátěží zářením, tato zátěž je nižší nebo srovnatelná s dávkou záření při rentgenových vyšetřeních a v žádném případě pro Vás neznamena bezprostřední riziko. Ani pro Vaše okolí nepředstavuje u nás provedené vyšetření nebezpečí. Naše vyšetřovací látky nejsou kontrastními látkami, a proto je lze bez obav podat i u pacientů alergických na rentgenové kontrastní látky nebo jód. Podané látky neovlivňují schopnost řídit motorová vozidla.

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!

Nejčastější komplikace jsou:

- alergická reakce na dezinfekci, případně znečistivující látku (je-li použita),
- bolest hlavy při postavení z důvodu snížení tlaku mozkomíšního moku, příčinou může být i únik mozkomíšního moku místem vpichu,

- vzácně děletrvajícím krvácením z místa vpichu při některých onemocněních krevní srážlivosti.

Alternativy zdravotního výkonu (pacient má právo zvolit si jednu z alternativ):

Tento výkon nelze nahradit jiným alternativním vyšetřením.

Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

Nejsou

Léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Po provedeném výkonu budete 2 – 3 hodiny ležet na břiše nebo na zádech, dále můžete ležet v libovolné poloze. Pokud byl odebrán mozkomíšni mok, je nutné ležet ve vodorovné poloze 24 hodin. Nesedat! Doporučujeme tento režim dodržet, protože při jeho nedodržení se mohou objevit velmi nepříjemné bolesti hlavy, které mohou přetrvávat velmi dlouho po odběru mozkomíšního moku. Také je vhodný dostatečný příjem tekutin (2 – 3 litry).

Vlastní vyšetření (nahrávání) obrázků se uskuteční za 4 hodiny po aplikaci radioaktivní látky, dále za 24 hodin, případně za 48 hodin. Při vyšetření budete ležet na zádech a speciální přístroj (gamakamera) bude pomalu rotovat kolem hlavy nebo ve stálé poloze nad hlavou. K dosažení optimální kvality obrazu je nutné, abyste během těchto asi 20 minut vydržel/a ležet v klidu bez jakéhokoliv pohybu. Pokud Vám budou zavedeny tampony do uší nebo nosu, tak je nevytahujte, odstraní je personál následující den a podrobí vyšetření.

V případě, že bezprostředně po vyšetření plánujete návštěvu míst, kde můžete být podroben/a měření radioaktivity (vstup do areálu letištních budov, překročení státní hranice), vyžádejte si u našeho personálu potvrzení o aplikaci radioaktivní látky.

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 lékařem 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: _____.