Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

INFORMOVANÝ SOUHLAS
K LÉKAŘSKÉMU OZÁŘENÍ PRO DIAGNOSTICKÉ ÚČELY

jméno, příjmení pacienta/pacientky:_____
(hůlkovým písmem)

výška/váha pacienta/pacientky:_____

rodné číslo (číslo pojištěnce): _____

adresa místa trvalého pobytu pacienta/pacientky:_____

_____

Účel, důvod zákroku (vyšetření):
Scintigrafické vyšetření s aplikací radiofarmaka (nejčastěji nitrožilně, ojediněle podkožně, ústy či vdechováním), na doporučení indikujícího lékaře, za účelem zhodnocení primárně funkčního stavu vyšetřovaného orgánu. V některých případech je vyšetření doplněno CT. Vaše konkrétní vyšetření Vám vysvětlí oprávněný pracovník ONM.

Rizika zákroku (vyšetření) *(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření)):*
Komplikace v místě vpichu (lokální zánět, bolestivost, hematom).

Velmi vzácně alergické reakce v závislosti na druhu použitého radiofarmaka.

Velmi vzácně v závislosti na druhu použitého radiofarmaka bolest hlavy, závratě, svědění, kopřivka, bolest kloubů, nevolnost.

Vyšetření se omezeně provádějí v těhotenství. Těhotenství a kojení je převážně jen relativní kontraindikací scintigrafických vyšetření. Provedené vyšetření není důvodem k přerušení těhotenství nebo pro odklad těhotenství. Kojení nutno přerušit na nezbytně nutnou dobu dle podaného radiofarmaka.

Po vyšetření se nepředpokládá žádné zvláštní omezení, včetně řízení motorových vozidel.

Riziko vyplývající z lékařského ozáření – vyšetřovací postupy zajišťují, že obdržíte dávku záření co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Lékařské ozáření při scintigrafických vyšetřeních (podobně jako RTG nebo CT vyš.) samo o sobě nikdy nezpůsobí bezprostřední změnu Vašeho zdravotního stavu a míra ozáření je srovnatelná s běžným CT vyšetřením.

Alternativa k výkonu:
Dle typu vyšetření velmi často neexistuje jiná alternativa. V některých případech lze využít:

- magnetickou rezonanci, ultrazvuk, RTG, CT, PET/CT
- vyšetření se mohou navzájem doplňovat

Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací:
Setrvat po aplikaci radiofarmaka minimálně po dobu 20 min. v čekárně oddělení a ihned hlásit případnou změnu zdravotního stavu.

U žen fertilního věku je nutné před aplikací vyšetřovací látky informovat lékaře o případném těhotenství a kojení, následně lékař podá bližší informace.

Informovat lékaře ONM o svém zdravotním stavu (typ onemocnění, současná terapie, alergie).

Zvýšit příjem tekutin po aplikaci radiofarmaka k urychlení jeho vylučování.

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

Já, níže podepsaný pacient(ka), potvrzuji:

že jsem byl(a) lékařem srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o účelu, povaze, průběhu, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích zdravotního výkonu,

že jsem byl(a) srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o dodržování správných zásad radiohygieny při diagnostické aplikaci radiofarmak, včetně omezení delšího přímého kontaktu s malými dětmi a těhotnými ženami po dobu 12-ti hodin od aplikace radiofarmaka,

že mi bylo umožněno položit lékaři otázky, týkající se plánovaného vyšetření, otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti,

že jsem měl(a) možnost se lékaře zeptat na možné alternativy scintigrafického vyšetření,

že jsem srozuměn(a) s tím, že neexistuje záruka toho, že vyšetření změní můj zdravotní stav k lepšímu,

že jsem nezamlčel(a) žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na vyšetření,

že jsem při plném vědomí, orientován(a) v čase, místě a osobou, a již nemám žádné další otázky,

v případě nutnosti souhlasím s doplňujícím CT vyšetřením,

pro případnou cestu do zahraničí bezprostředně po vyšetření si mohu vyžádat potvrzení o aplikaci radionuklidu pro orgány celní správy,

bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadující neodkladné provedení dalších výkonu nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou výkony provedeny.

V současnosti těhotenství ANO – NE a kojení ANO – NE.

Verifikace stranové záměny (zaškrtněte stranu, na které bude proveden výkon): [] PRAVÁ [] LEVÁ

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl(a) požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum:

Podpis pacienta/pacientky nebo zákonného zástupce:_____

Jméno a příjmení

zákonného zástupce /opatrovníka/:_____

RČ:_____

Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout. Vyjadřuji souhlas s indikací vyšetření na návrh indikujícího lékaře.

Datum: Jméno lékaře:_____ Podpis lékaře:_____