Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

INFORMOVANÝ SOUHLAS
K LÉKAŘSKÉMU OZÁŘENÍ PRO RADIAČNÍ SYNOVEKTOMII – KOLENNÍ KLOUB

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

výška/váha pacienta/pacientky:_____

rodné číslo (číslo pojištěnce): _____

adresa místa trvalého pobytu pacienta/pacientky:_____

_____

Účel, důvod zákroku (vyšetření):
Léčba radionuklidy na doporučení indikujícího lékaře.
Radiační synovektomie – destrukce slizniční výstelky kloubního pouzdra za účelem potlačení zánětu a zamezení tvorby kloubního výpotku po aplikaci radiofarmaka do kloubní dutiny.

Rizika zákroku (vyšetření) *(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření)):*
Komplikace v místě vpichu – lehké krvácení.

Velmi vzácně alergické reakce.

Velmi vzácně a přechodně lehce zvýšená teplota, bolest, zarudnutí nebo otok kloubu.

Riziko vyplývající z lékařského ozáření.

Riziko prasknutí Bakerovy cysty.

Kontraindikací scintigrafických vyšetření je těhotenství a kojení, infekce kloubu, prasknutí Bakerovy cysty a lokální kožní infekce v místě kolenního kloubu.

Alternativa k výkonu:
Chirurgická synovektomie

Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací:
Setrvat po aplikaci radiofarmaka minimálně po dobu 30 min. v čekárně oddělení.

U žen fertilního věku je nutné o případném těhotenství či plánovaném těhotenství a kojení informovat lékaře.

Informovat lékaře ONM o svém zdravotním stavu (typ onemocnění, současná terapie, alergie) a aplikaci kontrastní látky do kolenního kloubu při RTG vyšetření.

Po vyšetření je nutno omezit fyzickou aktivitu po dobu 2 dnů, dále v následujícím týdnu šetřící režim.

Já, níže podepsaný(á) 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,

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

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

že jsem měl(a) možnost se lékaře zeptat na možné alternativy této léčby,

že jsem měl(a) možnost přečíst si příbalovou informaci pro uživatele o účelu, povaze zákroku, jeho důsledcích, rizicích a alternativách,

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,

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:_____