**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)**

**se scintigrafií cirkulace mozkomíšního moku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pacient – jméno a příjmení: |  | Rodné číslo (číslo pojištěnce): |  |
| Datum narození:(není-li rodné číslo) |  | Kód zdravotní pojišťovny: |  |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:(případně jiná adresa) |  |
| Jméno zákonného zástupce (opatrovníka): |  | Rodné číslo: |  |

|  |
| --- |
| **Název výkonu** **Scintigrafie cirkulace mozkomíšního moku** |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu** Zobrazení cirkulace mozkomíšního moku – diagnostika hydrocefalu a patologického odtoku mozkomíšního moku. |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**Diagnostické vyšetření spojené s aplikací látky značené radioaktivním izotopem. Vyšetřovací látka se aplikuje lumbální punkcí, po aplikaci musí pacient 1 den ležet (stejně jako po běžné lumbální punkci). Vyšetření se provádí jako série scintigramů v průběhu 1 až 3 dnů. Při podezření na patologický únik mozkomíšního moku se provádí i odběr krve. |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**Vyšetření poskytne informaci o cirkulaci mozkomíšního moku, což je významné pro stanovení diagnózy a případnou léčbu. |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**Vyšetření mozku CT nebo magnetickou rezonancí poskytuje odlišný souhrn diagnostických informací týkajících se mozku.  |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu**Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů.Riziko spojené s lumbální punkcí odpovídá tomuto výkonu. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**Výkon není spojen s pravidelně se vyskytujícími nežádoucími následky. |

|  |
| --- |
| **Propouštěcí informace po podání radiofarmaka**Váš pobyt s rodinnými příslušníky není z důvodu radiační zátěže omezen (je vhodné oddálit - v řádu několika hodin - kontakt s dětmi a těhotnými ženami). V případě inkontinentních, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiá­ly skladovat 48 hodin v igelitovém pytli mimo obytné prostory (např. ve sklepě, garáži) a poté lze materiál vyhodit nebo vyprat. |

**Souhlas:**

|  |
| --- |
| ***Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jste těhotná? | ANO | NE |
| Kojíte? | ANO | NE |
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny. | ANO | NE |

|  |
| --- |
| **Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:** |
| * že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.
 | ANO | NE |
| * 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.
 | ANO | NE |
| * že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč…) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.
 | ANO | NE |
| - že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb. | ANO | NE |
| - že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem. | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Hodina | Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu | Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) pacientovi informaci o indikacích a kontraindikacích vyšetření | Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) pacientovi informaci o indikacích a kontraindikacích vyšetření | Datum | Hodina |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**  |
|  |
| **Jak pacient projevil svou vůli:** |
|  |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum: | Hodina |
|  |  |  |  |