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

**se scintigrafickým vyšetřením**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** **Scintigrafické vyšetření posuzovaného orgánu nebo pátrání po patologickém ložisku** |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu** Vyšetření poskytne informaci o funkčním stavu vyšetřovaných orgánů nebo o lokalizaci patologických procesů. Může přitom využít celotělového způsobu zobrazení i SPECT zobrazení v řezech v různých rovinách. |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**Scintigrafie je diagnostické vyšetření spojené s aplikací látky značené radioaktivním izotopem s krátkým poločasem rozpadu. Aplikace je obvykle injekční (je možná i aplikace cévkou, polknutím nebo vdechnutím). Vlastní vyšetření se provádí pod scintilační kamerou, pomocí níž se sleduje rozložení radiofarmaka (vychytání v ložisku, vychytání v orgánu a následné vyloučení z těla atd.). Při vyšetření musí pacient ležet v klidu.  |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**Vyšetření poskytne informaci o funkčním stavu orgánů, případně o lokalizaci patologických procesů, což je důležité pro stanovení diagnózy a volbu další léčby. |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**Alternativní vyšetření poskytující identickou informaci o funkci orgánů a lokalizaci patologické procesu nejsou. Sonografie, CT a vyšetření magnetickou rezonancí poskytují lepší informaci především o struktuře orgánů, scintigrafie poskytuje informaci o rozložení funkce. Vyšetření indikuje lékař na základě potřeby získat informace výše uvedeného charakteru.  |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu**Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů. |

|  |
| --- |
| **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 |
|  |  |  |  |