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

 **s terapií radiojodem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** **Terapie radiojodem** |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu** Cílem léčby je buď potlačení funkce tkáně štítné žlázy, nebo destrukce tkáně štítné žlázy, případně patologické tkáně pocházející ze štítné žlázy. |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**Radioaktivní jod vypitý pacientem je vychytán ve tkáni štítné žlázy. Atomy radioaktivního jodu vyzařují intenzivně působící záření s doletem několika milimetrů – dochází tedy k cílenému poškození tkáně, v níž je radiojód vychytán. Zbytek těla je ovlivňován zářením jen málo. Léčba zářením je cílenější než při zevním ozáření. S pravidly radiační hygieny při a po hospitalizaci je pacient písemně seznámen. |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**Cílem terapie je buď potlačení nadměrné funkce štítné žlázy, nebo nechirurgické odstranění tkáně štítné žlázy nebo tkáně ze štítné žlázy vycházející.  |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**Alternativou vedoucí k potlačení zvýšené funkce štítné žlázy je podání medikamentů, pokud nelze medikamenty odstranit zvýšenou funkci štítné žlázy natrvalo je nutno volit mezi chirurgickým výkonem a podáním radiojodu.Alternativou terapie radiojódem je chirurgické odstranění tkáně štítné žlázy, což je spojeno s rizikem poškození hlasu a snížení produkce hormonů ovlivňujících metabolismus vápníku. Při některých indikacích se podáním radiojódu dokončuje úplné odstranění štítné žlázy. |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu** Terapie radiojodem je spojeno s ozářením i dalších tkání než štítné žlázy. Riziko alergické reakce není – léčbu lze podat i u osob alergických na jod. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**Po léčbě dojde ke snížení funkce štítné žlázy. Při terapiích s cílem destruovat tkáň štítné žlázy může dojít výjimečně k poškození slinných žláz (prevencí je podpora tvorby slin v době po podání radiojódu). |

|  |
| --- |
| **Propouštěcí informace po podání radiofarmaka**Po aplikaci terapeutické aktivity je doporučeno v následujících 10 dnech po propuštění z nemocnice omezit kontakt s dětmi a těhotnými ženami a řídit se pravidly radiační hygieny. V případě inkontinentních, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiá­ly skladovat 8 dní 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 |
|  |  |  |  |