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

**s vyšetřením PET/CT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** **Vyšetření PET/CT** |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu** PET vyšetření poskytne informaci o spotřebě glukózy nebo jiné látky v různých orgánech a ložiscích – na základě této informace lze detekovat nádorová a zánětlivá ložiska a případně sledovat jejich vývoj. CT (výpočetní tomografie) umožňuje přesně lokalizovat místo abnormního zvýšení spotřeby glukózy.  |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**Jde o diagnostické vyšetření spojené s nitrožilní injekční aplikací glukózy nebo jiné látky značené radioaktivním izotopem s velmi krátkým poločasem přeměny. Vyšetření bývá zahajováno většinou v odstupu 1 hodiny od podání radiofarmaka. Těsně před zahájením snímání obrazů bývá nitrožilně podána rentgenová kontrastní látka, což je spojeno s pocitem tepla rozlévajícím se po celém těle. Při celém vyšetření PET/CT kamerou musí pacient ležet v klidu bez pohybu po dobu asi 35 minut, v úvodu vyšetření je nutno respektovat pokyny ošetřujícího personálu, které zabezpečí optimální koordinaci dechu při záznamu CT obrazů. Po podání rentgenové kontrastní látky je nezbytné zůstat alespoň dalších 30 minut v prostorách PET/CT.**V případě jakýchkoliv potíží při a po vyšetření (bolesti hlavy, břicha, nevolnost, dechové obtíže atd.) je třeba okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!** |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**Určení lokalizace ložiska zvýšené spotřeby glukózy nebo jiného procesu je významné pro stanovení diagnózy a případnou léčbu, tato ložiska nemusí být detekovatelná jinou metodou.  |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**K posouzení rozložení metabolismu glukózy celotělovým způsobem není alternativní vyšetření. Při některých onkologických vyšetřeních je alternativou vyšetření ultrazvukem, samotné CT vyšetření nebo vyšetření magnetickou rezonancí. O výběru metody rozhoduje indikující lékař dle charakteru a fáze onemocnění. |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu**Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů. **Riziko alergické reakce je vázáno na podání rentgenové kontrastní látky - riziko alergie na jód**. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**Pokud nedojde k závažné reakci na kontrastní látku, pak bez možných následků*.* |

**Souhlas:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jste lačný/á? | ANO | NE |
| Měl/a jste někdy reakci na podanou jodovou kontrastní látku? | ANO | NE |
| Měl/a jste někdy kožní reakci na jodové dezinfekční prostředky? | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Máte alergii na jod v potravinách (mořské ryby, kapusta, konzervační látky)? | ANO | NE |
| Trpíte sennou rýmou, máte reakci na pyly nebo na bodnutí hmyzem? | ANO | NE |
| Máte astma bronchiale? | ANO | NE |
| Máte alergické reakce na léky (hlavně penicilin a jiná antibiotika) nebo míst­ní znecitlivění (prokain)? | ANO | NE |
| Máte vleklé onemocnění ledvin s jejich sníženou funkcí? | ANO | NE |
| Máte cukrovku? | ANO | NE |
| Máte vysoký krevní tlak nebo srdeční nedostatečnost? | ANO | NE |
| Máte normální funkci štítné žlázy? | ANO | NE |
| Máte zelený zákal? | ANO | NE |
| Trpíte klaustrofobií (strachem ze stísněných prostor)? | ANO | NE |
| 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 poučením, 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 |

**Propouštěcí informace pro pacienty po vyšetření PET/CT**

1. **Můžete bez jakýchkoli omezení cestovat veřejnými dopravními prostředky nebo osobním autem i s** **doprovodem.** Pokud byste však chtěli v den vyšetření opustit republiku je vhodné vyžádat si potvrzení, že jste vyšetření prodělali, kvůli možným komplikacím na hranicích.
2. **Váš styk s rodinnými příslušníky není žádným způsobem omezen,** obecně je však vhodné (nikoli nutné) po aplikaci co možná nejvíce (v řádu hodin) časově oddálit první kontakt s dětmi a těhotnými ženami a během styku s nimi udržovat po­kud možno větší vzdálenost.
3. **Po vyšetření se** **můžete bez omezení vrátit do práce.**

Samozřejmostí je dodržování základních hygienických pravidel. V případě inkontinentních pacientů, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiá­ly skladovat 24 hodin v igelitovém pytli mimo obytné prostory (např. ve sklepě, garáži apod.) a poté lze pytle odstranit jako normální odpad.

**Po zhruba 24 hodinách od aplikace se ve Vašem těle bude nacházet pouze nepatrné množství radiofarmaka a již není třeba dodržovat shora uvedené zásady spojené s radiační ochranou obyvatelstva.**

**V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**

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