

**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 pytlí 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	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno a příjmení</b> oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu	<b>Podpis</b> oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu

<b>Jméno a příjmení</b> lékaře/ky, který(á) podal(a) pacientovi informaci o indikacích a kontraindikacích vyšetření	<b>Podpis</b> 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:**

<b>Jméno a příjmení</b> zdravotnického pracovníka/svědka	<b>Podpis</b> zdravotnického pracovníka/svědka	<b>Datum:</b>	<b>Hodina</b>