



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se scintigrafií mozku

| | |
|--|-----------------------------------|
| Pacient – jméno a příjmení: | Rodné číslo (číslo pojištění): |
| 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 mozku

Účel výkonu

Zobrazení prokrvení mozkových struktur nebo zobrazení rozložení receptorů ve strukturách mozku.

Povaha výkonu

Diagnostické vyšetření spojené s nitrožilní injekční aplikací látky značené radioaktivním izotopem s krátkým poločasem rozpadu. Během vyšetření pod scintilační kamerou nesmí pacient pohnout hlavou - standardní doba vyšetření je 45 minut.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření poskytne informaci o funkčním stavu mozkových struktur (prokrvení nebo množství receptorů ve strukturách mozku), což je významné pro stanovení diagnózy a případnou léčbu.

Alternativa výkonu

Vyšetření mozku magnetickou rezonancí poskytuje odlišný souhrn diagnostických informací týkajících se prokrvení mozku. Indikující neurolog volí metodu podle charakteru informace, kterou potřebuje získat. Pro zobrazení receptorů v mozkové tkáni nemá scintigrafie mozku alternativu.

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 |
| | | | |