



## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se scintigrafií zánětů a ložiskových lézí

Pacient/ka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta/ky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

### Název výkonu

**Vyšetření zánětů a ložiskových lézí**

### Účel výkonu

Vyšetření poskytuje informaci o lokalizaci zánětů a jiných ložiskových lézí.

### Povaha výkonu

Diagnostické vyšetření spojené s nitrožilní aplikací látek značených radioaktivním izotopem. Při vlastním vyšetření scintilační kamerou musí pacient ležet v klidu po dobu až 1 hodiny. Vyšetření bývá zahajováno v odstupu řádově několika hodin od podání radiofarmaka. Většinou jsou nutné opakované scintigrafie ve 2 i více dnech k posouzení vývoje hromadění radiofarmaka v těle a případných ložiscích.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Určení lokalizace ložiska zánětu nebo jiného ložiskového procesu, což je významné pro stanovení diagnózy a případnou léčbu.

### Alternativa výkonu

Scintigrafie poskytuje informaci o lokalizaci specifických patologických procesů a je schopna přitom vyšetřovat celotělovým způsobem, proto není v řadě indikací zastupitelná. Sonografie, CT a vyšetření magnetickou rezonancí poskytují informaci o struktuře orgánů při omezeném vyšetřovaném rozsahu. Při rozhodování o vyšetření PET se zvažuje charakter procesu, který má být detekován.

### Možná rizika zvoleného výkonu

Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů. Riziko alergické reakce je extrémně nízké.

### 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

<b>Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:</b>		
- 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

<b>Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:</b>			
<b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina