



**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
на сцинтиграфію щитоподібної та паращитоподібних залоз**

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Особистий ідентифікаційний номер:

Назва процедури

**Сцинтиграфія щитоподібної та паращитоподібних залоз
(Scintigrafie štítné žlázy a příštítných tělísek)**

Мета процедури

Обстеження надасть інформацію про стан функціональних тканин щитоподібної залози та паращитоподібних залоз.

Характер процедури

Діагностичне обстеження, пов'язане з внутрішньовенним введенням речовин, позначених радіоактивним ізотопом з коротким періодом напіврозпаду. Під час подальшого обстеження сцинтиляційною камерою пацієнт повинен лежати нерухомо, не рухаючи головою та шиєю; при огляді щитовидної залози тривалість процедури займає 10 хв, при огляді паращитовидних залоз відбувається серія досліджень-сцинтиграфій, кожна з яких – 20 хвилин.

Протягом 2-3 місяців до обстеження хворий не повинен контактувати з йодом: лікарськими засобами (аміодарон та ін.), рентгеноконтрастними речовинами, дезінфікуючими засобами з йодом.

Очікуваний результат від процедури

Діагностична процедура визначена для отримання інформації про функціональний стан паренхіми щитовидної залози, визначення локалізації гіперфункціональних паращитовидних залоз. Ця інформація важлива для діагностики та можливого лікування.

Альтернатива процедури

Сонографія та КТ-дослідження шиї надають інформацію про структуру тканин шиї, сцинтиграфія - про розподіл функцій, тобто зовсім інший характер інформації. Обстеження вибирає ведучий лікар, на основі актуальної ситуації. Сцинтиграфія є незамінна при гіперфункціональних вогнищевих змінах.

Можливі ризики обраної процедури

Променеве навантаження, пов'язане з цим обстеженням, подібне до більшості методів променевої діагностики.

Наслідки процедури

Процедура не пов'язана з регулярними побічними ефектами.

Інформація про вихід після радіофармацевтичного введення

Ваше перебування з членами сім'ї не обмежене через радіаційне навантаження (але бажано відкласти на кілька годин контакти з дітьми та вагітними жінками). У разі нетримання сечі, рвоти тощо необхідно зберігати забарвлені пелюшки або інші матеріали протягом 48 годин у поліетиленовому пакеті поза житловим приміщенням (наприклад, у підвалі, гаражі), а потім матеріал можна викинути або випрати.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Ви вагітні?	TAK	NI
Годуете грудьми?	TAK	NI
Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	TAK	NI

Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	ТАК	НІ
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Я зрозумів весь виклад та інформація, яку мені повідомив медичний працівник та пояснив. У мене була можливість поставити додаткові запитання, на які відповів мій медичний працівник.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:		
- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ
- погоджуюсь із присутністю студентів та стажерів при наданні медичної допомоги.	ТАК	НІ
- погоджуюсь із тим, щоб студенти та стажери ознайомлювались з медичною документацією, яка стосується мене, лише в необхідному обсязі та на основі уповноважень, встановлених медичним працівником.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище уповноваженого медичного працівника, який надав інформацію про підготовку та хід процедури	Підпис уповноваженого медичного працівника, який надав інформацію про підготовку та хід процедури

Прізвище та ім'я лікаря, який надав пацієнту інформацію про показання та протипоказання до обстеження	Підпис лікаря, який надав пацієнту інформацію про показання та протипоказання до обстеження	Дата	Час

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:			
Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година