



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se scintigrafickým vyšetřením

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

Scintigrafické vyšetření posuzovaného orgánu nebo pátrání po patologickém ložisku

Účel výkonu

Vyšetření poskytne informaci o funkčním stavu vyšetřovaných orgánů nebo o lokalizaci patologických procesů. Může přitom využít celotělového způsobu zobrazení i SPECT zobrazení v řezech v různých rovinách.

Povaha výkonu

Scintigrafie je diagnostické vyšetření spojené s aplikací látky značené radioaktivním izotopem s krátkým poločasem rozpadu. Aplikace je obvykle injekční (je možná i aplikace cévkou, polknutím nebo vdechnutím). Vlastní vyšetření se provádí pod scintilační kamerou, pomocí níž se sleduje rozložení radiofarmaka (vychytání v ložisku, vychytání v orgánu a následné vyloučení z těla atd.). Při vyšetření musí pacient ležet v klidu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření poskytne informaci o funkčním stavu orgánů, případně o lokalizaci patologických procesů, což je důležité pro stanovení diagnózy a volbu další léčby.

Alternativa výkonu

Alternativní vyšetření poskytující identickou informaci o funkci orgánů a lokalizaci patologické procesu nejsou. Sonografie, CT a vyšetření magnetickou rezonancí poskytují lepší informaci především o struktuře orgánů, scintigrafie poskytuje informaci o rozložení funkce. Vyšetření indikuje lékař na základě potřeby získat informace výše uvedeného charakteru.

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