

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
se scintigrafií k detekci krvácení do trávicího traktu**

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Pacient -<br>jméno a příjmení:                             | Rodné číslo<br>(číslo pojištěnce): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                   | Kód zdravotní<br>pojišťovny:       |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:<br>(případně jiná adresa) |                                    |
| Jméno zákonného zástupce<br>(opatrovníka):                 | Rodné číslo:                       |

**Název výkonu**

**Vyšetření krvácení do trávicího traktu**

**Účel výkonu**

Vyšetření poskytne informaci o lokalizaci krvácení do trávicího traktu.

**Povaha výkonu**

Diagnostické vyšetření spojené s nitrožilní aplikací látky značené radioaktivním izotopem s krátkým poločasem rozpadu. Vlastní vyšetření scintilační kamerou se provádí jako série nahrávání obrazů v období několika hodin po aplikaci radiofarmaka (vyšetření lze ukončit dříve, pokud je zdroj krvácení odhalen). K vyšetření pacient přichází nalačno.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Stanovení lokalizace krvácení do trávicího traktu umožňuje provést případný operační výkon cíleně.

**Alternativa výkonu**

Endoskopická vyšetření.

**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 pytli mimo obytné prostory (např. ve sklepě, garáži) a poté lze materiál vyhodit nebo vyprat.

**Souhlas:**

| <b>Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte</b>  |     |    |
|--|-----|----|
| 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 |
|   |   |       |        |