



**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
на радіойодтерапію**

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

Радіойодтерапія (Terapie radiojodem)

Мета процедури

Метою лікування є пригнічення функції тканини щитоподібної залози або деструкція тканини щитоподібної залози, або патологічної тканини, що походять із щитоподібної залози.

Характер процедури

Радіоактивний йод, який споживає пацієнт, поглинається тканинами щитовидної залози. Атоми радіоактивного йоду випромінюють інтенсивне випромінювання з діапазоном в кілька міліметрів - таким чином відбувається цілеспрямована деструкція тканини, в яку захоплюється радіойод. На іншу частину тіла опромінення впливає лише незначно. Променева терапія більш таргетна, ніж зовнішнє опромінення. Пацієнт письмово ознайомлюється з правилами променевої гігієни під час і після госпіталізації.

Очікуваний результат від процедури

Метою терапії є або пригнічення гіперактивності щитовидної залози, або нехірургічне видалення щитоподібної залози або тканини, що походить від щитоподібної залози.

Альтернатива процедури

Альтернативою, що веде до пригнічення гіперфункції щитовидної залози є прийом лікарських препаратів, але якщо ліки вже не виконують цю функцію, необхідно вибирати між хірургічним втручанням і введенням радіойоду.

Альтернативою радіойодотерапії є хірургічне видалення тканини щитовидної залози, що пов'язано з ризиком пошкодження голосу та зниженням вироблення гормонів, що впливають на метаболізм кальцію. При деяких показаннях введення препарату радіойоду закінчується повним видаленням щитоподібної залози.

Можливі ризики обраної процедури

Терапія радіойодом пов'язана з опроміненням інших тканин, крім щитоподібної залози. Немає ризику алергічної реакції - лікування також можна проводити людям, які мають алергію на йод.

Наслідки процедури

Функція щитовидної залози знижується після лікування. При терапії, спрямованій на руйнування тканини щитоподібної залози, у виняткових випадках може пошкодження слинних залоз (профілактика полягає в стимуляції слиновиділення в період після введення радіойоду).

Інформація про вихід після радіофармацевтичного введення

Після застосування лікувальних заходів рекомендується обмежити контакти з дітьми та вагітними жінками та дотримуватися правил променевої гігієни протягом наступних 10 днів після виписки зі стаціонару. У разі нетримання сечі, пацієнтів з блювотою тощо необхідно зберігати засмічені підгузники або інші матеріали протягом 8 днів у поліетиленовому пакеті поза житловим приміщенням (наприклад, у підвалі, гаражі), далі матеріал можна викинути або випрати.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Ви вагітні?	TAK	NI
Годуєте грудьми?	TAK	NI

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
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