



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s terapií radiojodem

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

Terapie radiojodem

Účel výkonu

Cílem léčby je buď potlačení funkce tkáně štítné žlázy, nebo destrukce tkáně štítné žlázy, případně patologické tkáně pocházející ze štítné žlázy.

Povaha výkonu

Radioaktivní jod vypitý pacientem je vychytán ve tkáni štítné žlázy. Atomy radioaktivního jodu vyzařují intenzivně působící záření s doletem několika milimetrů – dochází tedy k cílenému poškození tkáně, v níž je radiojód vychytán. Zbytek těla je ovlivňován zářením jen málo. Léčba zářením je cílenější než při zevním ozáření. S pravidly radiační hygieny při a po hospitalizaci je pacient písemně seznámen.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem terapie je buď potlačení nadměrné funkce štítné žlázy, nebo nechirurgické odstranění tkáně štítné žlázy nebo tkáně ze štítné žlázy vycházející.

Alternativa výkonu

Alternativou vedoucí k potlačení zvýšené funkce štítné žlázy je podání medikamentů, pokud nelze medikamenty odstranit zvýšenou funkci štítné žlázy natrvalo je nutno volit mezi chirurgickým výkonem a podáním radiojodu.

Alternativou terapie radiojodem je chirurgické odstranění tkáně štítné žlázy, což je spojeno s rizikem poškození hlasu a snížení produkce hormonů ovlivňujících metabolismus vápníku.

Při některých indikacích se podáním radiojodu dokončuje úplné odstranění štítné žlázy.

Možná rizika zvoleného výkonu

Terapie radiojodem je spojeno s ozářením i dalších tkání než štítné žlázy. Riziko alergické reakce není – léčbu lze podat i u osob alergických na jod.

Následky výkonu

Po léčbě dojde ke snížení funkce štítné žlázy. Při terapiích s cílem destruovat tkáň štítné žlázy může dojít výjimečně k poškození slinných žláz (prevencí je podpora tvorby slin v době po podání radiojodu).

Propouštěcí informace po podání radiofarmaka

Po aplikaci terapeutické aktivity je doporučeno v následujících 10 dnech po propuštění z nemocnice omezit kontakt s dětmi a těhotnými ženami a řídit se pravidly radiační hygieny. V případě inkontinentních, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiály skladovat 8 dní 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

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