



**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
на обстеження методом ПЕТ/КТ**

| | |
|--|--|
| 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

Обстеження методом ПЕТ/КТ (Vyšetření PET/CT)

Мета процедури

Позитронно-емісійна томографія -це метод дослідження, яке дасть інформацію про споживання глюкози чи інших речовин у різних органах і вогнищах. На основі цієї інформації можна виявити пухлинні та запальні вогнища та при необхідності проконтролювати їх розвиток. КТ (комп'ютерна томографія) дозволяє точно визначити місце аномального збільшення споживання глюкози.

Характер процедури

Це діагностичний тест, пов'язаний із внутрішньовенною ін'єкцією глюкози або іншої речовини, що позначена радіоактивним ізотопом з дуже коротким періодом напіврозпаду. Дослідження зазвичай починають через 1 годину після введення радіофармацевтичного препарату.

Безпосередньо перед фотографуванням внутрішньовенно вводять рентгеноконтрастну речовину, що пов'язано з відчуттям тепла, яке розливається по всьому тілу. Під час всього періоду діагностики за допомогою ПЕТ/КТ камери пацієнт повинен лежати нерухомо близько 35 хвилин, на початку огляду необхідно дотримуватися вказівок медперсоналу, що забезпечить оптимальну координацію дихання при записі КТ-зображення. Після введення рентгеноконтрастної речовини необхідно перебувати в зоні ПЕТ/КТ камери ще не менше 30 хвилин.

При виникненні будь-яких проблем під час та після обстеження (головні болі, біль у животі, нудота, утруднене дихання тощо) необхідно негайно повідомити лікуючого лікаря !!!

Очікуваний результат від процедури

Визначення локалізації вогнища підвищеного споживання глюкози або іншого процесу є важливим для діагностики та можливого лікування, ці вогнища не можливо виявити іншим методом.

Альтернатива процедури

Не існує альтернативного методу обстеження для оцінки розподілу метаболізму глюкози в усьому організмі. При деяких онкологічних дослідженнях альтернативою є ультразвукове дослідження, власне КТ або магнітно-резонансне дослідження. Вибір методу вирішує лікар з урахуванням характеру та стадії захворювання.

Можливі ризики обраної процедури

Променеве опромінення, пов'язане з цим обстеженням, є подібне до більшості процедур променевої діагностики. **Ризик алергічної реакції пов'язаний із застосуванням рентгеноконтрастної речовини – ризик алергії на йод.**

Наслідки процедури

Якщо немає вираженої реакції на контрастну речовину, то без можливих наслідків.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

| | | |
|--|-----|----|
| Ви є натщесерце й не вживали солодкої рідини протягом останніх 6 годин? | ТАК | НІ |
| У вас коли-небудь була реакція на йодовмісний контрастний засіб? | ТАК | НІ |
| Чи була у вас коли-небудь реакція шкіри на йодовмісні дезінфікуючі засоби? | ТАК | НІ |

| | | |
|---|-----|----|
| Чи є у вас алергія на йод в продуктах харчування (морська риба, капуста, консерванти)? | ТАК | НІ |
| Ви хворієте на поліноз, чи є у вас реакція на пилок чи укуси комах? | ТАК | НІ |
| У вас є бронхіальна астма? | ТАК | НІ |
| У вас є алергічні реакції на ліки (переважно пеніцилін та інші антибіотики) або на місцеві анестетики (прокаїн)? | ТАК | НІ |
| Чи є у вас хронічне захворювання нирок зі зниженою функцією нирок? | ТАК | НІ |
| У вас є цукровий діабет? | ТАК | НІ |
| Чи є у вас високий кров'яний тиск або серцева недостатність? | ТАК | НІ |
| Функції щитоподібної залози знаходяться в нормі? | ТАК | НІ |
| У вас є глаукома? | ТАК | НІ |
| Ви страждаєте на клаустрофобію (боязнь замкненого простору)? | ТАК | НІ |
| Ви вагітні? | ТАК | НІ |
| Годуєте грудьми? | ТАК | НІ |
| 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 |

Інформація для пацієнтів після обстеження методом ПЕТ/КТ

- Ви можете без обмежень подорожувати громадським транспортом або автомобілем, а також із супроводом.** Однак, якщо ви бажаєте виїхати з Чеської Республіки в день огляду, доцільно попросити підтвердження того, що ви пройшли обстеження через можливі ускладнення на кордоні.
- Ваші контакти з членами сім'ї жодним чином не обмежені, але загалом бажано (необов'язково) якомога більше часу відкласти між обстеженням і першим контактом з дітьми та вагітними жінками (протягом годин) і триматися якомога більшої дистанції під час контакту з ними.**
- Після обстеження ви можете повернутися до роботи без обмежень.**
Дотримання елементарних правил гігієни є очевидним. У разі нетримання сечі, пацієнтів з блювотою тощо необхідно зберігати засмічені підгузники або інші матеріали протягом 24 годин у поліетиленовому пакеті поза житловим приміщенням (наприклад, у підвалі, гаражі), далі матеріал можна викинути або випрати.

Приблизно через 24 години після застосування у вашому організмі буде лише невелика кількість радіофармацевтичного препарату, і більше не потрібно дотримуватися вищезазначених принципів, пов'язаних із радіаційним захистом населення.

У випадках будь-якого погіршення стану обов'язково інформуйте лікаря!!!

| 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 ознайомились 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 |
| | | | |