

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s vyšetřením PET/CT

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

Vyšetření PET/CT

Účel výkonu

PET vyšetření poskytne informaci o spotřebě glukózy nebo jiné látky v různých orgánech a ložiscích – na základě této informace lze detekovat nádorová a zánětlivá ložiska a případně sledovat jejich vývoj. CT (výpočetní tomografie) umožňuje přesně lokalizovat místo abnormního zvýšení spotřeby glukózy.

Povaha výkonu

Jde o diagnostické vyšetření spojené s nitrožilní injekční aplikací glukózy nebo jiné látky značené radioaktivním izotopem s velmi krátkým poločasem přeměny. Vyšetření bývá zahajováno většinou v odstupu 1 hodiny od podání radiofarmaka.

Těsně před zahájením snímání obrazů bývá nitrožilně podána rentgenová kontrastní látka, což je spojeno s pocitem tepla rozlévající se po celém těle. Při celém vyšetření PET/CT kamerou musí pacient ležet v klidu bez pohybu po dobu asi 35 minut, v úvodu vyšetření je nutno respektovat pokyny ošetřujícího personálu, které zabezpečí optimální koordinaci dechu při záznamu CT obrazů.

Po podání rentgenové kontrastní látky je nezbytné zůstat alespoň dalších 30 minut v prostorách PET/CT.

V případě jakýchkoliv potíží při a po vyšetření (bolesti hlavy, břicha, nevolnost, dechové obtíže atd.) je třeba okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Určení lokalizace ložiska zvýšené spotřeby glukózy nebo jiného procesu je významné pro stanovení diagnózy a případnou léčbu, tato ložiska nemusí být detekovatelná jinou metodou.

Alternativa výkonu

K posouzení rozložení metabolismu glukózy celotělovým způsobem není alternativní vyšetření. Při některých onkologických vyšetřeních je alternativou vyšetření ultrazvukem, samotné CT vyšetření nebo vyšetření magnetickou rezonancí. O výběru metody rozhoduje indikující lékař dle charakteru a fáze onemocnění.

Možná rizika zvoleného výkonu

Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů. **Riziko alergické reakce je vázáno na podání rentgenové kontrastní látky - riziko alergie na jód.**

Následky výkonu

Pokud nedojde k závažné reakci na kontrastní látku, pak bez možných následků.

Souhlas:

Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte

Jste lačný/á a nepil jste posledních 6 hodin sladké tekutiny?	ANO	NE
Měl/a jste někdy reakci na podanou jodovou kontrastní látku?	ANO	NE
Měl/a jste někdy kožní reakci na jodové dezinfekční prostředky?	ANO	NE

Máte alergii na jod v potravinách (mořské ryby, kapusta, konzervační látky)?	ANO	NE
Trpíte sennou rýmou, máte reakci na pylly nebo na bodnutí hmyzem?	ANO	NE
Máte astma bronchiale?	ANO	NE
Máte alergické reakce na léky (hlavně penicilin a jiná antibiotika) nebo místní znecitlivění (prokain)?	ANO	NE
Máte vleké onemocnění ledvin s jejich sníženou funkcí?	ANO	NE
Máte cukrovku?	ANO	NE
Máte vysoký krevní tlak nebo srdeční nedostatečnost?	ANO	NE
Máte normální funkci štítné žlázy?	ANO	NE
Máte zelený zákal?	ANO	NE
Trpíte klaustrofobií (strachem ze stísněných prostor)?	ANO	NE
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 poučením, 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

Propouštěcí informace pro pacienty po vyšetření PET/CT

- Můžete bez jakýchkoli omezení cestovat veřejnými dopravními prostředky nebo osobním autem i s doprovodem.** Pokud byste však chtěli v den vyšetření opustit republiku je vhodné vyžádat si potvrzení, že jste vyšetření prodělali, kvůli možným komplikacím na hranicích.
- Váš styk s rodinnými příslušníky není žádným způsobem omezen,** obecně je však vhodné (nikoli nutné) po aplikaci co možná nejvíce (v řádu hodin) časově oddálit první kontakt s dětmi a těhotnými ženami a během styku s nimi udržovat pokud možno větší vzdálenost.
- Po vyšetření se můžete bez omezení vrátit do práce.** Samozřejmostí je dodržování základních hygienických pravidel. V případě inkontinentních pacientů, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiály skladovat 24 hodin v igelitovém pytli mimo obytné prostory (např. ve sklepě, garáži apod.) a poté lze pytle odstranit jako normální odpad.

Po zhruba 24 hodinách od aplikace se ve Vašem těle bude nacházet pouze nepatrné množství radiofarmaka a již není třeba dodržovat shora uvedené zásady spojené s radiací ochranou obyvatelstva.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

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