

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
k průkazu poruchy vstřebávání žlučových kyselin**

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

**Název výkonu****Scintigrafie k průkazu poruchy vstřebávání žlučových kyselin****Účel výkonu**

Vyšetření slouží k průkazu narušeného vstřebávání žlučových kyselin, které se obvykle projevuje úpornými průjmy, dále k hodnocení funkce ilea, při vyšetření zánětlivého onemocnění střev a chronického průjmu a při studiu entero-hepatického oběhu.

**Povaha výkonu**

Diagnostické vyšetření spojené s požitím kapsle s přípravkem, která obsahuje velmi malé množství radioaktivní látky. Její aktivita v těle je následně měřena na speciální kameře za 3 hod. po polknutí a s odstupem 7 dnů. Z poměru naměřených hodnot lze diagnostikovat výše uvedené onemocnění. K vyšetření pacient po týdenním vysazení léků ovlivňujících pohyblivost trávicího traktu.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Zhodnocení vstřebávání žlučových kyselin, což je významné pro stanovení diagnózy a případnou léčbu.

**Alternativa výkonu**

Vyšetření nemá plnohodnotnou alternativu.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je velmi nízká, srovnatelná s cca 10 rentgenovými snímky hrudníku.

**Následky výkonu**

Přípravek nemá v těle prakticky žádný účinek, riziko nežádoucích účinků je zcela minimální.

**Propouštěcí informace po podání radiofarmaka**

Váš pobyt s rodinnými příslušníky není z důvodu radiační zátěže omezen (první den vyšetření je vhodné oddálit kontakt s dětmi a těhotnými ženami). V případě kojení je nutno mateřské mléko 3 hod. po spolknutí kapsle odstříkat a vylít, dále je již možné kojit bez omezení.

**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