

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

DPD scintigrafie srdce

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

I. Název výkonu

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována **DPD scintigrafie srdce**.

II. Účel a povaha výkonu

Co je to scintigrafie:

Scintigrafické vyšetření je zobrazovací metoda, která využívá ionizující záření pro zobrazení orgánů. Při tomto vyšetření je do Vašeho těla aplikováno malé množství radioaktivní látky – radiofarmaka, jako zdroje záření. Radiofarmakum, používané u tohoto vyšetření, se vychytává v jednom druhu amyloidového plaku (abnormální bílkoviny) která může významně narušit funkci vašeho srdce. Dále se radiofarmakum vychytává i v kostech. Radioaktivní záření, vycházející z těla, je poté snímáno gama kamerou. Pro doplnění a zpřesnění informace může být během vyšetření provedeno i nízkodávkové CT. Získaný signál je poté zpracován do diagnostického obrazu – výsledku vyšetření.

Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

Podezření na přítomnost amyloidu v srdci a rozlišení jeho typu, na základě, kterého bude určen další postup léčby.

Vedlejším nálezem jsou i případné změny v kostní tkáni pacienta.

Postup vyšetření je blíže popsán v článku VI – „*Jaký je postup při provádění vyšetření*“.

III. Rizika a komplikace

Vyšetření může být spojeno s mírnou bolestivostí při aplikaci radiofarmaka, po aplikaci se může objevit modřina.

Radiofarmakum nemá prakticky žádné nežádoucí účinky, riziko alergické reakce je extrémně nízké.

Vyšetření je spojeno s radiační zátěží, srovnatelnou s CT vyšetřením, a srovnatelnou s dávkou, kterou obdržíte během cca 3 let z přírodních zdrojů a kosmického záření.

Těhotné ženy a kojenci jsou k účinkům radiace náchylnější, proto prosíme o informaci o případném těhotenství nebo kojení dítěte.

Pokud trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřených či stísněných prostor), oznamte to pracovníkovi ONM.

Nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu. Dle informací Státního ústavu pro kontrolu léčiv však za dobu používání tohoto léčiva v ČR k žádným takovým komplikacím nedošlo.

IV. Předpokládaný prospěch vyšetření

Vyloučení nebo potvrzení ukládání jednoho z druhů amyloidu v srdci.

V. Alternativy vyšetření:

Scintigrafii srdce nelze nahradit žádnou jinou zobrazovací metodou. Alternativou vyšetření je biopsie srdce.

VI. Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu.

Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

V den vyšetření lze normálně jíst a pít, prosíme o dodržování dostatečného pitného režimu.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Po příchodu na recepci oddělení NM budou zkontrolovány údaje na žádance a ověřena Vaše identita, případně položeny doplňující otázky ke zdravotnímu stavu. K vyšetření je používáno radiofarmakum, které je neregistrované, ale schválené k použití Ministerstvem zdravotnictví.

Po zavedení kanyly Vám bude aplikováno radiofarmakum. Budete vyzván k častějšímu příjmu tekutin během čekání na vyšetření – toto povede k častějšímu močení, což sníží radiační zátěž močového měchýře a zlepší kvalitu zobrazení.

Bude vám sdělen čas návratu na oddělení pro samotné snímání, pro správné navázání radiofarmaka je nutné dostatek času.

Vyšetření se provádí nejčastěji za 3 hodiny a později po aplikaci, dle programu oddělení. Před vlastním vyšetřením (snímáním) je nutné se vymočit, protože zbytky radiofarmaka v moči mohou ovlivnit vlastní snímek. Vyšetření probíhá vleže na zádech, a trvá cca 30 minut. Součástí vyšetření je i nízkodávkové CT k zpřesnění obrazu. Přístroj bude rotovat blízko nad vaším tělem, lůžko kamery se s vámi může pohybovat. Pro kvalitní zobrazení je nutné vydržet v klidu a nehýbat se. Následně se hodnotí rozložení radiofarmaka ve vašem těle. Lékař může rozhodnout o doplnění dalších snímků.

Jaký je režim pacienta po provedení vyšetření:

Po vyšetření můžete odejít domů. V den vyšetření po výkonu je vhodné vyhnout se delšímu těsnému kontaktu s malými dětmi a těhotnými ženami. Inkontinenční pomůcky jako například pleny skladovat 48 hodin odděleně (garáž, balkon) – poté lze vyhodit do popelnice. Případně potřísněné prádlo je možné vyprat hned.

Radiofarmakum se z Vašeho těla zcela vyloučí během 24-48 hodin. Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení, a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá individuální omezení s Vámi probere lékař.

V případě, že jste žena ve věku od 12 do 60 let, zakroužkujte a vyplňte:

Jste těhotná?	ANO – NE
Kojíte?	ANO – NE
Uveďte měsíc poslední menstruace:	

Pokud jste zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, vyplňte své údaje.

Jméno (titul, jméno, příjmení):	
Rodné číslo:	
Bydliště:	
Vztah k pacientovi:	

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce/opatrovník) prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o účelu a povaze, způsobu provedení, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského vyšetření uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo zodpovězeno srozumitelným způsobem.

V souladu s ustanovením § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, souhlasím s:

Aplikací radiofarmaka, které obsahuje v malém množství radioaktivní prvek a provedením scintigrafického a CT vyšetření.

V Karlových Varech, dne:

Podpis pacienta (zákonného zástupce/opatrovníka)

.....

Dále jsem byl lékařem informován o podání neregistrovaného léčiva, v souladu s ustanovením § 5 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, v platném znění a souhlasím s:

Podáním neregistrovaného léčiva TECEOS zařazeného ve specifickém léčebném programu pro diagnostiku amyloidózy srdce.

V Karlových Varech, dne

Podpis pacienta (zákonného zástupce/opatrovníka)

.....

Jméno a podpis svědka:

Souhlas pacienta s přítomností osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka

Souhlasím v rámci diagnostického výkonu s přítomností osob, připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka, který bude pod stálým dohledem kvalifikovaného zdravotnického pracovníka. **(zakroužkujte)**

ANO

NE

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popř. jeho zákonného zástupce/opatrovníka) dle mého soudu srozumitelným způsobem informoval/a o plánovaném diagnostickém výkonu, a to včetně upozornění na možné komplikace. Rovněž jsem pacienta seznámil/a s důsledky tohoto výkonu a s možnými komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Pacient byl poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o dalším postupu.

V Karlových Varech, dne:

Razítko a podpis lékaře

Pacient není schopen podepsat souhlas z důvodu:

.....

.....

Svou vůli projevil:

.....

V Karlových Varech, dne:

Razítko a podpis lékaře: