

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

Dynamická scintigrafie ledvin s kaptoprilovým testem

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 **dynamická scintigrafie ledvin s kaptoprilovým testem**.

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 u tohoto vyšetření se aplikuje do žíly, krví se dostává do ledvin, kde spolu s tvořenou močí prochází až do močového systému.

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:

Toto vyšetření je většinou doplňujícím vyšetřením po prosté scintigrafii ledvin, indikací je zhodnocení hemodynamické závažnosti hraničního zúžení renální (ledvinné) tepny, lze použít i při podezření na renovaskulární hypertenzi zvláště při stavech např. náhle vzniklé nebo zvláště těžké hypertenzi, hypertenzi nereagující na léčbu, vznik hypertenze před 30. a po 55. roku věku.

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 vyšetřeními, 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 dítěti.

Tensiomin (kaptopril) je lék na krevní tlak. Vzácným nežádoucím účinkem je výrazný otok různých částí těla, který vyžaduje hospitalizaci.

Nelze jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu, či komplikaci, která povede k dalšímu výkonu, operaci, nebo až k úmrtí pacienta.

IV. Předpokládaný prospěch vyšetření

Průkaz hypertenze na renovaskulárním podkladě (zúžením ledvinné tepny), zhodnocení závažnosti zúžení ledvinné tepny.

V. Alternativy vyšetření:

Dynamickou scintigrafii ledvin s kaptoprilovým testem lze nahradit CT angiografií.

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:

Pokud je to ze zdravotních důvodů možné, je nutné vysadit dlouhodobou terapii ACE inhibitory (jeden z druhů léků na tlak) 5-7 dní před vyšetřením, uvádíme výčet nejpoužívanějších léků:

Prenessa, Tritace, Prestarium Neo, Enalapril, Tensiomin, Ramipril, Inhibace, Gopten. Je nutné dodržovat pitný režim, ráno vypijte alespoň půl litru vody. Pokud máte nefrostomii (vývod z ledviny), je před vyšetřením nutné vyprázdnit stomický sáček.

Před vyšetřením nesnídejte, je nutné lačnit alespoň 4 hodiny z důvodu správného vstřebání na oddělení podaného léčiva.

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, případná užívaná léčiva. 30 minut před samotnou aplikací Vám bude podán lék Tensiomin, který je nutné nechat rozpustit v ústech. Průběžně během vyšetření Vám bude měřen krevní tlak.

Těsně před vyšetřením je nutné se vymočit – plný močový měchýř může ovlivnit funkci ledvin. Samotné vyšetření probíhá vsedě před detektorem kamery. Je možné si čist, nutné je vydržet v klidu. Zdravotnický pracovník Vám zopakuje informace o vyšetření, zajistí správnou polohu při vyšetření a naaplikuje vám radiofarmakum do žíly. Celková doba vyšetření je 30 minut.

Je vhodné po celý den více pít, z důvodu snížení radiační zátěže močového měchýře. Dle Vaší anamnézy může lékař rozhodnout o jiném způsobu záznamu, či využití nízkodávkového CT.

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 vyšetření.

V Karlových Varech, dne:

Podpis pacienta (zákonného zástupce/opatrovníka)

.....

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:

Jméno a podpis svědka: