

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

Radionuklidová venografie

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. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována **radionuklidová venografie**.

I. Název 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 je tělu vlastní látka, získávaná z lidské plazmy. Drobné shluky této látky putují s krví žilami do plic, kde jsou tělem odbourány, případně uzávěry či zúžení žil se přitom zobrazí. 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.

II. Účel a povaha výkonu

Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

Toto vyšetření je indikováno u pacientů s chronickou žilní insuficiencí (nedostatečností) a podezřením na trombózu hlubokých žil.

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

III. Rizika a komplikace

Jako každý výkon i tento je spojen s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

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 2 let z přírodních zdrojů a kosmického záření.

U tohoto vyšetření bývá aplikace radiofarmaka zpravidla náročnější, žíla může prasknout a aplikace radiofarmaka se musí opakovat.

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

Při inhalaci radioaktivního plynu vám bude vložen náustek do úst, pokud budete trpět zvýšeným dávkovým reflexem, informujte o tom zdravotnického pracovníka. Nabídne vám možnost použití inhalační masky.

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

Zobrazení průtoku krve končetinou, zhodnocení průchodnosti žilního systému. Zjištění prokrvení plic, zhodnocení funkčnosti plicní tkáně, vyloučení či potvrzení uzávěru plicních cév.

V. Alternativy vyšetření:

CT angiografie, ultrasonografie.

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:

Žádný, na vyšetření nemusíte být nijak připraven.

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. Budete položen na lůžko na záda pod detektor kamery.

Součástí vyšetření je zaškrcení nohou škrtidlem v oblasti kotníku a pod kolena. Následně vám bude aplikována jedna injekce s radiofarmakem do každé nohy v oblasti nártu. Pracovníci ONM budou s lůžkem, a tedy vámi pohybovat tak, aby bylo možné sledovat pohyb radiofarmaka pomocí detektoru kamery. Po prvním snímání se odstraní škrtidla, budete vráceni do původní pozice a snímání se opakuje stejným způsobem, celková doba snímání bude trvat přibližně 20 minut.

Poté se provede perfuzně–ventilační scintigrafie plic k zhodnocení případných uzávěrů plicních cév, která probíhá v pozici vestoje, zároveň může probíhat inhalace radioaktivního plynu, aby byla možnost zhodnotit i ventilaci plic. Vyšetření může být provedeno za použití jiného přístroje vleže, s doplněním lokalizačního CT, nebo bez inhalace plynu. Může být také doplněno dalšími snímky, dle požadavků lékaře.

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: