Karlovarská krajská nemocnice

Karlovarská krajská nemocnice a. s. Bezručova 1190/19, 360 01 Karlovy Vary
Zapsaná v OR, vedeném Krajským soudem v Plzni oddíl B, vložka 1205
IČO: 263 65 804, tel: 354 225 111

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

Scintigrafie dopaminových transportérů v mozku

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 **scintigrafie dopaminových transportérů.**

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 radioaktivního léčiva – radiofarmaka. Radiofarmakum, používané u tohoto vyšetření, se vychytává v malé oblasti mozku ve speciálních buňkách.
Radioaktivní záření, vycházející z těla, je poté snímáno gama kamerou. Pro doplnění a zpřesnění informace je během vyšetření provedeno i nízkodávkové CT. Získaný signál je poté zpracován do diagnostického obrazu – výsledku vyšetření.

Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:
Toto vyšetření umožňuje zjistit nedostatek určitého druhu mozkových buněk. Příznaky, souhrnně nazývané jako parkinsonský syndrom (např. třes, zhoršená pohyblivost) mohou být způsobeny nedostatkem těchto buněk. Vyšetření slouží k rozlišení příčin těchto příznaků.

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.
Po aplikaci radiofarmaka se může vyskytnout snížení tlaku spojené se závratěmi nebo bolesti hlavy.
Existuje riziko alergické reakce.
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 kojeném dítěti.
Pokud trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřených či stísněných prostor), oznamte to pracovníkovi ONM.
Pokud jste měl alergickou reakci na podání jodové kontrastní látky, informujte pracovníka ONM.
Nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

IV. Předpokládaný prospěch vyšetření
Rozlišení původu parkinsonského syndromu, prokázání či vyloučení nigrostriatální degenerace.

V. Alternativy vyšetření:
Scintigrafii dopaminových transportérů nelze plnohodnotně nahradit žádnou jinou zobrazovací metodou.

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:

O případné nutnosti vysadit léčiva Vás informuje lékař. Výsledek vyšetření může být ovlivněn léčivy na poruchy pozornosti, drogami jako je kokain nebo metamfetamin, a některými antidepresivy (např. Zoloft = sertralin). V den vyšetření lze normálně jíst a pít.

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.

Jelikož se jedná o preparát s obsahem radioaktivního jódu, budou Vám podány půl hodiny před aplikací radiofarmaka kapky k blokaci štítné žlázy – jód se ve štítné žláze vychytává, což by mohlo vést ke zbytečné zátěži Vaší štítné žlázy. Tyto kapky jsou **neregistrovaným léčivem,** s případnými dotazy k tomuto léčivu se prosím obraťte na zdravotnického pracovníka našeho oddělení.

Po zavedení kanyly Vám bude aplikováno radiofarmakum. Po aplikaci radiofarmaka je vhodné zvýšit příjem tekutin během čekání na vyšetření – toto povede k častějšímu močení, což sníží radiační zátěž močového měchýře.

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

Vyšetření se provádí nejčastěji za 3 hodiny a později po aplikaci, dle programu oddělení. Před vlastním vyšetřením (snímáním) je nutné se vymočit. Vyšetření probíhá vleže na zádech, a trvá cca 45 minut. Přístroj bude rotovat velmi blízko okolo Vaší hlavy, 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. Vyšetření je doplněno nízkodávkovým CT skenem hlavy pro zpřesnění obrazu.

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 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 CTvyšetření.

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 IRENAT TROPFEN před scintigrafickým vyšetřením k blokaci štítné žlázy.

V Karlových Varech, dne **……..**

Podpis pacienta (zákonného zástupce)……..

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: ……