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 jícnu a gastroezofageálního refluxu

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 **scintigrafie jícnu.**

I. Název výkonu
Co je to scintigrafie:
Scintigrafické vyšetření je zobrazovací metoda, která využívá ionizující záření pro zobrazení orgánů. Při tomto vyšetření přijmete spolu s tekutinou malé množství radioaktivní látky, která putuje zažívacím traktem. Radioaktivní záření, vycházející z těla, je poté snímáno gama kamerou. Získaný signál je poté zpracován do diagnostického obrazu – výsledku vyšetření.

II. Účel a povaha výkonu
Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:
Potíže spojené s gastroezofageálním refluxem (návratem žaludečních šťáv a obsahu do jícnu), např. pálení žáhy, chrapot, bolesti hrudníku. Toto vyšetření umožňuje zobrazit poruchy průchodu potravy jícnem, návrat žaludečního obsahu do jícnu a rychlost vyprazdňování žaludku.

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

III. Rizika a komplikace
Aplikace radiofarmaka není spojena s bolestí.

Je nutné být opatrný během polykání vleže, aby nedošlo ke vdechnutí vody.

Vyšetření je spojeno s velmi malou radiační zátěží, srovnatelnou s dávkou obdrženou za jeden rok z kosmického záření.
Těhotné ženy a kojenci jsou k účinkům radiace náchylnější, proto prosíme o informaci o případném těhotenství nebo kojeném dítěti.
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
Zjištění poruch přirozených pohybů jícnu, vyhodnocení gastroezofageálního refluxu.

V. Alternativy vyšetření:
Gastroskopie, RTG pasáž jícnem, pHmetrie jícnu.

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:
Na vyšetření je nutné přijít nalačno, před vyšetřením nepít, nekouřit, ráno nepoužívat zubní pastu. Při vyšetření ke stanovení diagnózy je nutné vysadit den předem prokinetika, pokud se hodnotí efekt terapie, léčba se ponechává.

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 lehátko pod detektor kamery, který bude umístěn blízko nad Vaším trupem. Radiofarmakum Vám bude podáno ze stříkačky do úst. Radiofarmakum po chvíli zapijete vodou z kelímku pomocí brčka, několikrát spolknete pro dostatečné odstranění radiofarmaka z ústní dutiny.

Po osmi minutách od podání radiofarmaka Vám bude stlačena oblast břicha, Vy budete vyzván ke zpětnému pohybu (zatnutí břicha). Poté je záznam hotový a předán lékaři k vyhodnocení.

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: ……