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 perfuze 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 perfuze mozku.**

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, jako zdroje záření. Radiofarmakum, používané u tohoto vyšetření, se zachytává v mozku.
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 se používá ke zhodnocení průtoku krve mozkem při různých chorobách, např. demencích, epilepsii, kde se plánuje chirurgický zákrok či u pacientů s rizikem mozkové mrtvice, nebo po traumatických poraněních mozku.

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 kojeném dítěti.
Pokud trpíte klaustrofobií, oznamte to pracovníkovi ONM.
Nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

IV. Předpokládaný prospěch vyšetření
Zobrazení a identifikace hypo a hyperperfuzních ložisek v mozku, zhodnocení prokrvení jednotlivých částí mozku.

V. Alternativy vyšetření:
Počítačová tomografie s kontrastem, magnetická rezonance.

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:
Večer před vyšetřením se vyvarujte kávy, tabákových výrobků a alkoholu. Ráno se můžete nasnídat.

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 umístěn pod kameru do pozice vleže, je nutné zůstat co nejvíce v klidu. V průběhu této doby přijde zdravotnický pracovník Vám zavést kanylu do žíly.

Následně budete dalších 15-20 minut ležet v zatemnělé místnosti, poté do kanyly bude aplikováno radiofarmakum a půl hodiny po aplikaci se zahájí snímání, které trvá přibližně hodinu.
Součástí vyšetření může být i nízkodávkové CT k zpřesnění obrazu. Detektor kamery se bude pohybovat blízko nad Vaší hlavou. Pro kvalitní zobrazení je nutné vydržet v klidu a nehýbat se. Následně se hodnotí rozložení radiofarmaka ve Vašem mozku.

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)

……..

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: ……