

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

Ventilačně – perfuzní scintigrafie plic

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 **ventilačně-perfuzní scintigrafie plic**

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, používané u tohoto vyšetření, je tělu vlastní látka, získávána z lidské plazmy. Drobné shluky této látky se zachytávají v drobných plicních cévách, kde jsou odbourány.

Další látkou je radioaktivní plyn, který se inhaluje. 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 umožňuje zhodnotit funkčnost tkáně plic a zobrazit prokrvení plicního řečiště.

Nejčastěji je vyšetření indikováno u pacientů s podezřením na plicní embolii a zhodnocení stavu plic po embolii, méně často při potřebě posouzení plicní funkce, například před transplantací, nebo průkaz pravo-levého plicního zkratu. Při spojení s ventilačním vyšetřením dojde i k vyhodnocení obstrukcí v plicích.

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 2 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 dítěte.

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

Zjištění prokrvení plic, zhodnocení funkčnosti plicní tkáně, vyloučení či potvrzení uzávěru plicních cév.

V. Alternativy vyšetření:

CT angiografie.

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.

Bude Vám aplikováno radiofarmakum do žíly. Následně Vás zdravotnický pracovník nastaví do vhodné polohy před gama kameru, současně při snímání budete inhalovat radioaktivní plyn přes náustek. Celkem budou provedeny čtyři projekce snímání. Po ukončení vyšetření lékař zhodnotí snímky a můžete odejít domů.

Vyšetření může být provedeno za použití jiného přístroje vleže, s doplněním lokalizačního CT, nebo bez vdechování plynu. Může být také doplněno jinými 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: