FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

VYŠETŘENÍ HYBRIDNÍM ZOBRAZENÍM POZITRONOVOU EMISNÍ TOMOGRAFIÍ A VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIÍ (PET/CT) S PODÁNÍM 18-F-FLUORODEOXYGLUKÓZY

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištěnce): ...../..... Kód ZP: .....

Bydliště: .....

Zákonný zástupce: ..... Vztah: .....
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: ..... Bydliště: .....
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař provedení tzv. PET/CT vyšetření. Vzhledem k určitým rizikům vyplývajícím z principu metody je zapotřebí Vás dostatečně informovat o přípravě, způsobu provedení a případných komplikacích spojených s tímto vyšetřením. Dále je nutné získat Váš souhlas s tímto vyšetřením.

PET/CT je moderní metoda využívající dvou metod v rámci jednoho přístroje – výpočetní tomografie (CT) a pozitronové emisní tomografie (PET). Metoda CT využívá účinků rentgenového (RTG) záření, které jsou do určité míry pro organismus zatěžující a její použití je třeba důkladně zvážit. Ke kvalitnímu vyšetření cév a orgánů je dále nutné nitrožilní podání jodové kontrastní látky, o kterém rozhoduje lékař přímo na PET/CT pracovišti. Metoda PET využívá vychytávání speciální látky s radioizotopem v různých orgánech a tkáních. Tato látka je tzv. označena radioaktivním prvkem.

Důvod provedení vyšetření

PET/CT vyšetření dle zvážení ošetřujícího lékaře přispěje k objasnění či kontrole Vašeho zdravotního stavu, což může mít vliv na další průběh léčby. Hlavními indikacemi PET/CT jsou nádorová onemocnění a dále horečnatá onemocnění neznámého původu nebo infekce nejasného uložení v lidském těle.

Příprava před vyšetřením

K vyšetření se dostavte nalačno (4 hodiny před vyšetřením užívejte pouze neslazené nápoje, ne kávu a alkohol). Den před vyšetřením je třeba se vyvarovat zvýšené tělesné námahy nebo intenzivního cvičení. Případná další nutná příprava pak bude provedena v den vyšetření dle pokynů vyšetřujícího lékaře.

V případě, že trpíte alergií (přecitlivělostí) **na jakékoli látky** (včetně pylové alergie či bodnutí hmyzem), **upozorněte na to předem** Vašeho ošetřujícího lékaře i personál CT pracoviště. Velmi důležité je informovat ošetřujícího lékaře i personál PET/CT pracoviště, zda jste v minulosti neprodělal/a alergickou reakci na nitrožilní podání jodové kontrastní látky, a to nejen při PET/CT vyšetření, ale i při běžném CT vyšetření, vyšetření cév (angiografie a flebografie) nebo ledvin (vylučovací urografie). Informujte také o případné kožní reakci na dezinfekční přípravky s obsahem jódu. Dále sdělte personálu CT pracoviště, zda trpíte poruchou funkce ledvin, cukrovkou nebo bronchiálním astmatem. Na základě informací od Vás a Vašeho ošetřujícího lékaře radiolog zváží nutnost nitrožilního podání jodové kontrastní látky, případně doporučí preventivní podání léků k vyloučení možných komplikací spojených s nitrožilním podáním kontrastní

Průběh vyšetření

Pro nutnost podání kontrastních látek Vám bude zajištěn nitrožilní přístup zpravidla na paži (obdobný vpich jako při odběru krve). Bude Vám nitrožilně podána speciální radioizotopová látka pro PET vyšetření (fluorodeoxyglukóza značená radioizotopem 18-F), která se bude vychytávat ve Vašem těle přibližně 1 hodinu. Během této doby budete setrvávat v určené místnosti.

Samotné vyšetření je prováděno vleže a je nutné se přesně řídit pokyny zdravotnického personálu (např. zadržení dechu na krátkou dobu). V první části vyšetření bude provedeno CT (cca 5 minut), většinou s nutností podání jodové kontrastní látky (viz výše). Během a bezprostředně po nitrožilním podání se u Vás mohou vyskytnout průvodní jevy kontrastní látky, zejména pocit „tepla po těle“, ojediněle se může dostavit nevolnost či bušení srdce. Tyto pocity za krátkou dobu odezní.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

V druhé části vyšetření (cca 20-30 minut) bude probíhat získávání dat pro PET, což probíhá bezprostředně po a ve stejné pozici jako CT vyšetření. Celé vyšetření tedy probíhá na jednom pracovišti a jednom přístroji.

Rizika a možné komplikace výkonu

Případnou závažnou komplikací jsou projevy tzv. alergická reakce, ke kterým může dojít, přestože jste se s nimi ještě nesetkali a byli jste již jodovou kontrastní látkou vyšetřováni. Při podávání moderních, tzv. neionických kontrastních látek, však k závažnějším komplikacím dochází výjimečně. Rozpoznání i způsob léčby těchto komplikací závisí na závažnosti alergické reakce a personál CT pracoviště je na ně připraven.

Jodová kontrastní látka pro CT částečně zhoršuje funkci ledvin, zejména u lidí, u kterých je již nějakým způsobem zhoršena před vyšetřením. Proto je nutné tuto skutečnost uvést před samotným vyšetřením a ideálně vše konzultovat s lékařem, který Vás na vyšetření posílá.

Alternativou (jinou možností volby) je provedení vyšetření bez podání jodové kontrastní látky, což ovšem významným způsobem snižuje kvalitu a hodnotu vyšetření. Dalšími alternativami PET/CT je provedení vyšetření magnetickou rezonancí nebo pomocí jiných metodik nukleární medicíny. Radiační dávka (dávka záření) je asi troj- až pětinásobná než u vyšetření pomocí CT. U dětí a mladých jedinců je aplikace radiofarmaka i rentgenového záření spojena se zvýšením rizika tzv. bezprahových (stochastických) účinků ionizujícího záření, mezi něž patří zejména možnost vzniku nádorového onemocnění v průběhu dalšího života.

Chování po výkonu, možná omezení

Vzhledem k tomu, že ke zdravotním komplikacím může výjimečně dojít i v delším období po vyšetření, je nutné se k vyšetření dostavit s doprovodem. Obě podané látky se převážně vylučují ledvinami, je tedy vhodné po vyšetření zvýšit příjem tekutin, pokud to není v rozporu s Vaším zdravotním stavem či léčbou. Tím se vyloučení těchto látek urychlí. Po samotném vyšetření je možné ihned opustit oddělení, vzhledem ke krátkodobě přetrvávajícímu vlivu speciální kontrastní látky pro PET se však nedoporučuje blízký kontakt s kojenci, malými dětmi či těhotnými ženami. **V případě nejasností či jakýchkoli dotazů se samozřejmě s důvěrou obraťte na vyšetřující personál.**

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Souhlasím s podáním jodové kontrastní látky: ☐ **ANO** ☐ **NE**

Souhlasím s podáním radiofarmaka a byl/a jsem poučen/a o možných rizicích jeho podání: ☐ **ANO** ☐ **NE**

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:
(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

☐ Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

☐ Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Prohlášení indikujícího lékaře:
Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný.
Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:
Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný.
Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin .....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

.....

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

☐ kývnutím hlavy ☐ gestem: ..... ☐ očima ☐ jinak: .....

Svědek: .....
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uvede se adresa a datum narození)

.....

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....

jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

Svědek: .....

jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uvede se adresa a datum narození)

.....

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.