



Postup při výkonu

Nejprve Vám změříme hladinu krevního cukru odběrem malé kapky krve z prstu na ruce a zavedeme Vám do žíly na předloktí tenkou kanylu (hadičku), během zavádění můžete pocítit mírnou bolest obdobně jako při odběru krve. Pokud není hladina krevního cukru významněji zvýšena, podáme Vám do kanyly radioaktivní látku značenou radioizotopem ^{18}F , v případě výrazněji zvýšené hladiny krevního cukru je obvykle potřebné ji před podáním radioaktivní látky snížit aplikací infuze s insulinem.

Následuje akumulací fáze, po kterou budete nejméně 1 hodinu sedět či ležet v oddělené čekárně. Následné snímání je obvykle lepší provést s prázdným močovým měchýřem.

Při snímání v PET/MR přístroji, které podle rozsahu trvá 20-45 min., budete ležet na zádech v případě vyšetření prsů na břiše. Je potřebné, abyste během snímání vydržel/a ležet v klidu bez pohybu. Vyšetření se nejčastěji provádí v rozsahu trupu od horních partií krku až po třísla. Záznam lze rozšířit, pokud jsou funkční či strukturální změny přítomny, nebo je lze s vysokou pravděpodobností předpokládat v oblasti hlavy či dolních končetin.

Upozornění: na našem pracovišti je instalován kamerový systém, který slouží ke kontrole Vašeho aktuálního stavu. Máme tak možnost rychle zasáhnout i v případech, kdy budete sami a nedokážete si přivolat pomoc

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Výskyt alergických reakcí (například dechová tíseň, pokles krevního tlaku) na kontrastní látky používané při vyšetření magnetickou rezonancí je velmi vzácný. Na podanou radioaktivní látku alergické reakce se vykytují zcela výjimečně.

Ujišťujeme Vás však, že jsme plně i na tuto eventualitu alergické reakce připraveni a včas léčebně zakročíme. Podání kontrastní látky i radioaktivní látky provádíme v souladu s doporučením výrobce a jsme připraveni při výskytu případných nepříznivých účinků poskytnout odpovídající péči k jejich odstranění či zmírnění.

Radiační zátěž z tohoto výkonu v rámci lékařských ozáření spadá mezi střední až vyšší zátěže, zátěž je srovnatelná s úrovní například běžného CT vyšetření břicha nebo je ještě nižší.

Je nežádoucí provádět vyšetření u těhotných nebo kojících žen, neboť nelze vyloučit škodlivý účinek i malé dávky radioaktivního záření na plod v děloze matky, a to zejména v první třetině trvání těhotenství. Přenos radioaktivní látky z krevního oběhu kojící matky k dítěti mateřským mlékem je nutno vyloučit dočasným přerušением kojení na doporučenou dobu 24 hod. Mléko je však nutno odstříkovat a vylévat, aby se v kojení mohlo později bez problémů pokračovat. Ošetřující lékař i lékař na našem oddělení se těmito riziky s Vaší pomocí speciálně zabývají, pokud je vyšetření možno odložit, pak jeho provedení oddálí.

Chování po výkonu, možná omezení

V den vyšetření po ukončení snímání a v den následující je vhodné, abyste zvýšil/a příjem tekutin až na několik litrů a často vyprazdňoval/a močový měchýř s cílem rychlejšího odstranění radioaktivní látky.

Radioaktivní prvek ^{18}F emituje ionizující záření. Prostorový dosah a doba působení radioaktivity jsou omezeny, její intenzita se velmi rychle snižuje se vzdáleností od Vaší osoby a množství radioaktivní látky v organismu rychle klesá jak samovolným rozpadem v čase (poločas rozpadu 2 hodiny), tak vylučováním (hlavně močí), čímž je zajištěna minimalizace doby jejího působení.

Pro Váš styk s veřejností a rodinnými příslušníky proto není nutné přijímat žádná konkrétní opatření, obecně je však vhodné (nikoli nutné) po určitou dobu omezit osobní kontakty na nezbytnou míru, tj. časově je zbytečně neprodlužovat a nevcházet do zcela těsného tělesného kontaktu s jinými osobami.

Běžná technická zařízení nijak neovlivňujete, pouze zařízení pro zjišťování a měření úrovně radiačního pozadí (např. bezpečnostní detektory pro kontrolu osob na letištích apod.) by mohlo eventuálně detekovat Vám při vyšetření aplikovanou radioaktivní látku. Pokud plánujete časově blízkou leteckou přepravu, můžete si vyžádat lékařské potvrzení o lékařské aplikaci radioaktivní látky, abyste mohli tuto okolnost případně vysvětlit kontrolním orgánům.

Po méně než 24 hodinách od aplikace se bude ve Vašem organismu nacházet už jen naprosto nepatrné množství radioaktivní látky a již není třeba se zabývat shora uvedenými doporučeními.

Dovoluujeme 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.

Nezamířel/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 přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

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 SVÉPŘÁVNOSTÍ 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



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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:

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

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

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