

FÁZOVÁ SCINTIGRAFIE LEDVIN

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / 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 předchozího vyšetření Vám/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil provedení fázové scintigrafie ledvin (vyšetření funkční zdatnosti ledvin pomocí malé dávky radioaktivního ozáření). K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Tento výkon umožní přesně posoudit funkční stav tkáně ledvin a vývodních cest močových a stanovit tak další postup léčby.

Příprava k výkonu

Před vyšetřením byste měl/a být dobře zavodněn, tj. vypijte prosím cca 0,5 l tekutiny 0,5 - 1 hod. před vyšetřením. Jiná příprava obvykle není nutná.

Pokud Vás lékař k vyšetření objednal pro podezření, že příčinou zvýšeného krevního tlaku je zúžení ledvinné tepny, byste měl/a po konzultaci s Vaším ošetřujícím lékařem vysadit některé léky a zároveň vyloučit tuhou stravu 4 hod. před začátkem testu. Při tomto vyšetření je nutné, abyste na našem oddělení 1 hod. před zahájením scintigrafie spolkl/a lék snižující krevní tlak (captopril), který dostanete na našem oddělení, hodnoty krevního tlaku Vám pak budeme v následující hodině měřit.

Ženy v reprodukčním věku musí nahlásit těhotenství, podezření na těhotenství, či zda kojí.

Postup při výkonu

Na oddělení Vám bude aplikováno malé množství radioaktivní látky injekční stříkačkou do žíly a po dobu 30 min. se bude snímat obrazový záznam speciálním přístrojem (gamakamerou). Vyšetření se provádí vleže na zádech a po celou dobu je nutné, abyste zůstali v klidu bez pohybu. V případě potřeby dostanete v druhé polovině vyšetření ještě jednu injekci do žíly s látkou, která podporuje tvorbu moči a urychlí vylučování. Po ukončení této fáze vyšetření je nutné, abyste se vymočil/a.

Rizika a možné komplikace výkonu

Komplikace se při vyšetření vzhledem k malému množství podané vyšetřovací látky a také k prakticky úplné bezbolestnosti nevyskytují. Možnou komplikací vyšetření s podáním captoprilu je výraznější pokles krevního tlaku, který může být doprovázen nejčastěji celkovou nevolností a točením hlavy. Jedná se o přechodný stav, který jen zcela výjimečně je nutné řešit podáním léků s opačným účinkem do žíly.

Radiační zátěž z tohoto výkonu je pro dospělou osobu srovnatelná se zátěží z běžných radiologických vyšetření a v rámci lékařských ozáření spadá mezi nižší zátěže.

Je ovšem 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 (min. 12 hodin). Mléko však odstříkujte a vylévejte, abyste v kojení mohla později bez problémů pokračovat. Ošetřující lékař i lékař na našem oddělení se těmito riziky s Vaší pomocí speciálně zabývají, a pokud je vyšetření možno odložit, pak jeho provedení oddálí.

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

**Chování po výkonu, možná omezení**

Z hlediska nukleární medicíny nejsou žádná omezení.

Upozornění

Vzhledem k podané radioaktivní látce je třeba odložit cestu do zahraničí, případně si vyžádat lékařské potvrzení o její lékařské aplikaci. Důvodem je možnost detekce (průkazu) zbytkové radioaktivity přístroji používanými při letištních a hraničních kontrolách osob a případný zájem bezpečnostních orgánů o její zdroje.

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 nevyklučují.

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

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 poučením plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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

.....
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 Plzeň, 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 Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

ZÁZNAM O APLIKACI RADIOFARMAKA (RF)

Čas aplikace:

RF: ml Mbq

Lokalizace:
jmenovka a podpis zaměstnance, který provedl aplikaci