

SCINTIGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ PROKRVENÍ PLIC

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 Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař/lékař Vašeho dítěte provedení scintigrafického vyšetření prokrvení plic (vyšetření pomocí radioaktivní látky). K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Tento výkon umožní přesně posoudit stav prokrvení plicní tkáně a stanovit tak další postup léčby.

Příprava k výkonu

Vyšetření nevyžaduje žádnou přípravu, můžete tedy jíst a pít jako obvykle, nemusíte vysazovat žádné léky (pokud nějaké užíváte) a také není nutné žádné speciální léky před vyšetřením užívat. Ženy v reprodukčním věku musí nahlásit těhotenství, podezření na těhotenství, či zda kojí.

Postup při výkonu

Po příchodu na oddělení Vám bude vleže aplikováno malé množství radioaktivní látky vpichem injekční stříkačkou do žíly. Poté Vám provedeme obrazový záznam, při němž budete ležet na zádech nebo sedět a speciální přístroj (gama kamera) bude snímat hrudník. Celé vyšetření trvá asi 15 minut.

Rizika a možné komplikace výkonu

Komplikace se při vyšetření vzhledem k malému množství podané vyšetřovací látky a také k prakticky úplné bezbolestnosti nevyskytují.

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.

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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) 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 mého (mého dítěte).

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).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM 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.

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

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

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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

Pacient/ka (zákoný 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