

STATICKÁ SCINTIGRAFIE LEDVIN

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / 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 (zdravotního stavu Vašeho dítěte) doporučil Váš ošetřující lékař provedení statické scintigrafie ledvin pomocí malého množství radioaktivní látky. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Tento výkon umožní posoudit funkční stav tkáně ledvin a stanovit tak další postup léčby.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytli ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Příprava k výkonu

Před vyšetřením není nutná žádná speciální příprava, můžete normálně jíst a pít. Ženy v reprodukčním věku musí nahlásit těhotenství, podezření na těhotenství, či zda kojí.

Postup při výkonu

Po příchodu na oddělení Vám bude podáno malé množství radioaktivní látky injekční stříkačkou do žíly. Pak musíte čekat nejméně 2 hodiny, až se látka v ledvinách nahromadí. Následuje záznam obrazů speciálním přístrojem (gama kamerou), snímání trvá asi 15 minut. Vyšetření se provádí vsedě nebo vleže. Je nutné, abyste po celou dobu vyšetření zůstali v klidu bez pohybu.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

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

Radiační zátěž (zatížení organismu zářením) je srovnatelná s běžnými rentgenovými postupy. Není žádoucí, aby se toto vyšetření provádělo 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 do mléka je nutno rovněž vyloučit, a to například dočasným přerušáním kojení na doporučenou dobu 12 hodin. Mléko je však nutno odstříkovat a vylévat, aby se nedostavily komplikace z této oblasti, a aby se v kojení mohlo později 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 oddalují.

Chování po výkonu, možná omezení

Radioaktivní prvek ^{99m}Tc vysílá slabé ionizující záření. Dosah v prostoru a doba působení radioaktivity jsou omezeny, její intenzita (síla) se velmi rychle snižuje se vzdáleností od Vaší osoby a množství radioaktivní látky v organismu rychle klesá jak samovolným rozpadem (poločas rozpadu 6 hodin), 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 případně mohlo zjistit radioaktivní látku, podanou Vám při vyšetření. 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 3 dnech od podání se bude ve Vašem organismu nacházet už jen naprosto nepatrné množství radioaktivní látky a již není třeba se zabývat shora uvedenými doporučeními.

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. Blížší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

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

By/la 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).

By/la 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.

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

By/la 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 беру 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).

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, 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)

ZÁZNAM O APLIKACI RADIOFARMAKA (RF)

Čas aplikace:

RF: ml Mbq

Lokalizace:
.....
jmenovka a podpis zaměstnance, který provedl aplikaci