

LÉČEBNÉ PODÁNÍ RADIOAKTIVNÍHO PŘÍPRAVKU DO KLOUBU (radiační synovektomie, synoviortéza)

 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,

na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař podat radioaktivní látku do kloubní dutiny postiženého kloubu.

Důvod provedení výkonu

Cílem léčby je pomocí radioaktivního beta záření potlačit nežádoucí nebakteriální zánětlivý proces v kloubu, odstranit či snížit bolestivost a tvorbu výpotku. Metoda je vhodná zejména při revmatoidní artritidě, při opakované tvorbě výpotku v kloubu, v určitých fázích artrózy, při zánětech kloubní výstelky a při opakovaných krváceních do kloubu u pacientů postižených poruchou krevní srážlivosti při hemofilii.

Do kolenního kloubu se podává koloidní suspenze radioaktivního yttria (^{90}Y – poločas přeměny 2,7 dne, maximální dolet ve tkáni cca 11 mm), do nártu, kotníku, kyčle, zápěstí, baze palce, lokte a ramene se podává obvykle koloidní suspenze radioaktivního rhenia (^{186}Re – poločas přeměny 3,7 dne, maximální dolet v tkáni 3 mm) a do ostatních drobných kloubů nejčastěji koloidní suspenze radioaktivního erbia (^{169}Er – poločas přeměny 9,5 dne, maximální dolet v tkáni 0,45 mm).

Podané koloidní částice s beta zářičem jsou pohlceny buňkami kloubní výstelky, dojde k jejich cílenému ozáření a následně pak i zániku. Optimální efekt léčby, tzn. vymizení výpotku a ústup bolesti, lze očekávat zhruba u poloviny nemocných, kterým byl přípravek podán.

Příprava k výkonu

Před výkonem, prosím, oznamte, zda netrpíte precitlivělostí na výše uvedené látky, ženy v reprodukčním věku musí nahlásit těhotenství, podezření na těhotenství, či zda kojí.

Příprava na aplikaci radioaktivního přípravku není žádná, můžete tedy jíst a pít dle zvyklostí.

Postup při výkonu

Po potření kůže nad kloubem dezinfekčním prostředkem Vám bude do kloubní dutiny zavedena tenká jehla, pomocí níž může být nejprve odstraněno případné větší množství kloubní tekutiny a následně podána radioaktivní látka. Při nápichu můžete přechodně pocítit bolestivost. Radioaktivní látka se podává přísně nitrokloubně, při léčbě kloubů menší a střední velikosti se obvykle radioaktivní látka podává za rentgenové kontroly event. s podáním malého množství rtg kontrastní látky do kloubu. Punkci kloubní šterbiny provádí zkušený lékař ortopedické kliniky.

Po podání radioaktivní látky je doporučováno případné znehybnění kloubu po dobu 2 – 3 dnů, aby se zabránilo jejímu případnému úniku mimo kloubní šterbinu.

Účinek podání radioaktivní látky je nejčastěji možné pozorovat v odstupu několika týdnů až měsíců.

Podání radioaktivní látky do kloubu je možné i opakovat, nejdříve však v odstupu 6 měsíců.

Rizika a možné komplikace výkonu

Vedlejší nežádoucí účinky se vyskytují vzácně, mohou se přechodně objevit teploty během 24 hodin po aplikaci, někdy přechodně vyšší bolestivost kloubu, tyto příznaky mohou být i projevem lokální (místní) alergické reakce. Obtíže lze obvykle spolehlivě zvládnout pomocí běžných léků proti zánětu a bolesti. Velice vzácnou závažnější komplikací je nekróza (odumření) měkkých tkání v těsné blízkosti kloubu, k níž může dojít při úniku radioaktivní látky mimo kloubní šterbinu, při léčbě této komplikace je někdy nutný chirurgický zákrok.

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

Radioaktivní látku se proto nedoporučuje aplikovat u nestabilních kloubů spojených s destrukcí kostí, u hnisavých zánětlivých procesů v blízkosti kloubu, při podezření na komunikaci kloubní štěrbiny s okolními měkkými tkáněmi (prasklá cysta v kloubní výstelce) a při různých poruchách krevní srážlivosti s výjimkou hemofilie.

U těhotných a kojících žen a u dětí a dospívajících se tato léčba neprovádí, neboť nelze vyloučit škodlivý účinek radioaktivního záření na plod v děloze matky.

Radiační zátěž z tohoto výkonu pro dospělou osobu v rámci lékařských ozáření spadá mezi střední zátěže, což je nutné k dosažení léčebného efektu.

Léčbu také nelze provést, pokud Vám již byly v minulosti některé z výše uvedených látek podány a došlo k rozvoji alergické reakce. **Je nutné, abyste na všechny tyto skutečnosti upozornil/a Vašeho ošetřujícího lékaře.**

Chování po výkonu, možná omezení

Radioaktivní prvky ^{90}Y , ^{186}Re a ^{169}Er emitují (vydávají) slabé ionizující záření s velmi krátkým dosahem. Prostorový dosah působení radioaktivity je omezený, její intenzita rychle klesá se vzdáleností od místa působení ve Vašem těle a prakticky nepřesahuje jeho povrch. Množství radioaktivní látky v organismu klesá samovolným rozpadem v čase v závislosti na výše uvedených poločasech přeměny.

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 přibližně 15 dnech (^{90}Y , ^{186}Re) či 40 (^{169}Er) dnech od aplikace 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. 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.

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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 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:

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) odmít/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/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)