

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Scintigrafie jícnu a detekce gastroesofageálního refluxu

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována scintigrafie jícnu a detekce gastroesofageálního refluxu.

Co je scintigrafie:

Scintigrafické vyšetření je zobrazovací metodou, která využívá pro znázornění různých orgánů ionizující záření, které vychází z léčiva, tzv. radiofarmaka. Vlastností každého radiofarmaka je se hromadit v určitých tkáních, které je tak možné díky tomu zobrazit a hodnotit.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vyšetření slouží ke zjištění, zda se vám nevrací žaludeční šťávy do jícnu (gastroesofageální reflux). Tento stav je často spojen s opakovanými záněty dýchacích cest, bronchiálním astmatem, s vzácným onemocněním pojiva – např. lupus erythematosus či sklerodermie.

Kontraindikace vyšetření:

Relativní kontraindikací je těhotenství a kojení, které je nutno přerušit po dobu 6ti hodin od aplikace radiofarmaka. O případném těhotenství a kojení je nutno v předstihu informovat ošetřujícího lékaře i personál pracoviště.

Alternativy výkonu:

Alternativou nukleárně-medicínského vyšetření je provedení 24-hodinová pH-metrie jícnu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Vyšetření se provádí na oddělení nukleární medicíny ambulantně. Před vyšetřením je nutné 4-hodinové lačnění. Odesílající lékař rozhodne o vysazení léků, které ovlivňují peristaltiku horních partií zažívacího traktu.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Vlastní vyšetření se provádí v poloze vleže na zádech na vyšetřovacím stole přístroje, během vyšetření se nesmíte hýbat. Na pokyn spolknete tekutinu s radiofarmakem, následuje snímání oblasti hrudníku a žaludku. Vyšetření celkově může trvat až 45 minut.

Doplňeno může být snímání i na druhý den.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Radiofarmakum je léčivo, které obsahuje radioaktivní prvek produkující ionizující záření, které je využito k zobrazování. Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů. Riziko alergické reakce je extrémně nízké.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po vyšetření je vhodné dále udržovat dostatečný pitný režim, častějším močením rychleji vyloučíte zbytky aplikované látky, a tak dojde ke snížení radiační zátěže. V den vyšetření po výkonu je vhodné se vyhnout delšímu tělesnému kontaktu s malými dětmi a těhotnými ženami.

Potřísněné materiály (např. pleny, oblečení, ... močí, krví, ...) je vhodné skladovat 48 hodin v igelitovém pytlíku mimo obytné prostory (např. ve sklepě, v garáži, na balkoně, ...) a poté je lze vyhodit do běžného odpadu nebo vyprat.

Zájmem lékaře je Vám pomoci. Lékař Vám vysvětlí podstatu lékařského vyšetření a seznámí Vás s možnými alternativami i komplikacemi. Můžete mu položit doplňující otázky. Máte právo navržené vyšetření odmítnout.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

Plánovaný výkon:

Scintigrafie jícnu a detekce gastroesofageálního refluxu

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a).

Souhlasím s aplikací ionizujícího záření – radiofarmaka: ¹⁾ ANO NE
Prohlašuji, že v současné době nejsem těhotná: ¹⁾ ANO NE
Prohlašuji, že v současné době nekojím: ¹⁾ ANO NE

Souhlasím¹⁾ / Nesouhlasím¹⁾, aby obrazová dokumentace z mého vyšetření mohla být použita v anonymizované formě pro vědecké a studijní účely a mohla být prezentována na seminářích zdravotnických zařízení, na kongresech, event. publikována v odborných časopisech. Byl(a) jsem poučen(a), že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou nikdy a nijak zveřejňovány mé osobní údaje (jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo) ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka

1) zaškrtněte odpovídající políčko