

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Zátěžová perfuzní scintigrafie myokardu

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 zátěžová perfuzní scintigrafie myokardu.

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. Pro komplexní diagnostiku může být vyšetření doplněno hybridní metodou, kdy je zároveň provedeno CT.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vyšetření slouží k posouzení prokrvení (perfuze) levé srdeční komory v průběhu zátěže. Zátěž je uskutečněna nejčastěji šlapáním na kole nebo nitrožilním podáním léků, které zvyšují prokrvení vašeho srdce.

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:

Vyšetření nemá alternativu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Je vhodné ráno před vyšetřením nejíst, ale vypít alespoň ½ litru čisté vody. 12 hodin před vyšetřením nesmíte požit kávu, čaj, kakao. Dále vám odesílající lékař doporučí vysadit některé léky (nitráty a betablokátory) až 48 hodin před vyšetřením. Je potřeba, abyste si k vyšetření přinesl(a) čokoládu event. jinou tučnou svačinu. Tuk usnadňuje vyloučení radiofarmaka ze žlučníku a žlučových cest a zlepšuje podmínky pro vyhodnocení.

V případě zjištěné poruchy prokrvení levé srdeční komory v zátěži doplňujeme vyšetření za klidových podmínek jiný den a obě vyšetření porovnáváme.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Po zavedení nitrožilní kanyly vám budou nalepeny na hrudník elektrody ke snímání EKG. Většina pacientů následně šlape na kole s cílem zvýšení prokrvení srdce. V případě, že nemůžete podstoupit vyšetření na kole, použijeme lék k rozšíření cév vašeho srdce. Následně vám bude nitrožilně podáno radiofarmakum, které se zafixuje ve svalovině levé komory a pak budete ležet pod scintigrafickou kamerou na zádech, často i na břiše.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Radiofarmakum je léčivo, které obsahuje radioaktivní prvek produkující ionizující záření, které je využito k zobrazování. Při CT se používá rentgenové záření. Radiační zátěž spojená s užitím záření je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů.

Jako při každé nitrožilní injekci se může vytvořit krevní výron (hematom), místo může být bolestivé, objevit se může lokální zánětlivá komplikace. Radiofarmakum nemá prakticky žádné nežádoucí účinky, riziko alergické reakce je extrémně nízké.

Při zátěži můžete přechodně pociťovat dušnost, bušení srdce, bolest na hrudi, nevolnost či závrať. K velmi vzácným komplikacím patří vznik poruchy srdečního rytmu, akutního infarktu myokardu, mozkové příhody, výjimečně může dojít k srdeční zástavě.

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 pytli 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:

Zátěžová perfuzní scintigrafie myokardu
--

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 a CT: 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