

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Lymfoscintigrafie končetin

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.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikováno scintigrafické vyšetření lymfatických cest končetin (horních nebo dolních).

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 umožní zobrazit lymfatické (mízní) řečiště a lymfatické uzliny, do kterých odtéká lymfa z místa aplikace radiofarmaka. Posuzuje se tedy schopnost a také rychlost odtoku lymfy z místa aplikace na periferních částech končetin lymfatickými cévami směrem centrálním.

Důvodem vyšetření bývá upřesnění příčiny otoků končetin. Ty mohou být původu cévního (nejčastěji žilního) nebo lymfatického. Pokud se potvrdí lymfatický původ otoků, může Váš ošetřující lékař indikovat léčebnou metodu – tzv. lymfodrenáž končetin.

Kontraindikace vyšetření:

Absolutní kontraindikace pro toto vyšetření neexistuje.

Relativní kontraindikací je těhotenství a kojení, které je případně před vyšetřením nutno přerušit po dobu 6 hodin. O případném těhotenství a kojení je nutno v předstihu informovat ošetřujícího lékaře i personál pracoviště.

Alternativy výkonu:

Výkon v současné době není nahraditelný jiným vyšetřením. Výkonu často předchází ultrazvukové vyšetření cévním specialistou k vyloučení otoků žilního původu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Vyšetření se provádí na oddělení nukleární medicíny ambulantně. Před vyšetřením není nutná žádná zvláštní příprava, v den vyšetření můžete normálně jíst, pít, užívat svou běžnou medikaci.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V případě vyšetření dolních končetin nejprve aplikujeme tenkou jehlou do podkoží mezi 1. a 2. prst na noze radiofarmakum, a to za klidových podmínek – v poloze vleže na zádech. Po 30 minutách zahajujeme pod vyšetřovacím přístrojem v poloze vleže zobrazení lymfatických cest dolních končetin a oblasti pánve, které trvá asi 10 minut. Pak je pacient vyzván k chůzi po dobu cca 20-30 minut následně se celé zobrazení pod přístrojem opakuje. Dle rozhodnutí lékaře je možno doplnit ještě další zobrazení po dalších cca 60-90 minutách a rovněž i tomografické vyšetření zaměřené na určitou oblast končetin.

U horních končetin je postup vyšetření obdobný: aplikace radiofarmaka se provádí vsedě, do podkoží rukou mezi 1. a 2. prst, zátěžová část vyšetření se provádí mačkáním míčku.

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.

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 těsnému 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:

Lymfoscintigrafie končetin

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

Jste těhotná? ¹⁾

☐ ANO

☐ NE

Kojíte? 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