

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Radionuklidová cisternografie – vyšetření cirkulace mozkomíšního moku

#### 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 doporučena radionuklidová cisternografie – vyšetření cirkulace mozkomíšního moku.

#### Co je radionuklidová cisternografie:

K objasnění a vyšetření Vašich potíží je třeba u Vás provést bederní (lumbální) punkci s odebráním mozkomíšního moku (požaduje-li to Váš ošetřující lékař) a aplikaci radioaktivní látky. Toto vyšetření slouží k objasnění cirkulace či úniku mozkomíšního moku (likvoru) po úrazu či operaci hlavy.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Čím přesněji a dříve může Váš lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

#### Alternativy výkonu:

Radionuklidová cisternografie je doplňující výkon podávající další informaci o cirkulaci mozkomíšního moku. Navazuje zpravidla na CT vyšetření hlavy nebo vyšetření pomocí magnetické rezonance. Alternativa výkonu v pravém slova smyslu neexistuje.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Pacient by měl být před výkonem hospitalizován.

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon se provádí vsedě nebo vleže dutou speciální jehlou eventuelně v místním znecitlivění se zavedeným odstranitelným uzávěrem (mandrenem). Vpichem mezi oblouky dvou dolních bederních obratlů se dostáváme do prostoru páteřního kanálu, a to v místě, které je již pod vlastní míchou. Ta končí u prvního až druhého bederního obratle. Proto v uvedeném místě nemůžeme poškodit míšní struktury. Po vpichu vytažením mandrenu z jehly eventuelně odebereme potřebné množství moku a aplikujeme radioaktivní látku. Pokud je to nutné, lze taktéž napojením manometru na jehlu změřit tlak likvoru. Vlastní vyšetření (nahrávání obrázků - scintigramů) se uskutečňuje za 4 hod. po aplikaci radioaktivní látky a dále za 24 hod. event. 48 hod. Vyšetření probíhá na Klinice nukleární medicíny. Pacient je po aplikaci v poloze vleže, zůstává do prvního vyšetření (4 hod. po aplikaci) na Klinice nukleární medicíny. Doba hospitalizace na odesílajícím oddělení je 2-3 dny. Při podezření na únik mozkomíšního moku např. po úrazu či operaci hlavy zajistí Váš ošetřující lékař vyšetření na uším-nosním-krčným oddělení, kde Vám budou na 1. noc po aplikaci radioaktivní látky zavedeny tampony do uší či nosu. **Tyto tampony nevytahujte**, odstraní je personál našeho oddělení následující den a podrobí vyšetření.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit.

Nejčastější komplikace jsou:

- alergická reakce na dezinfekci event. na znecitlivující látku,
- při vlastním vpichu nemůže dojít k poškození míchy, ale může dojít k dotyku nervového kořene, což se projeví vteřinovou ostrou bolestí v jedné nebo v druhé dolní končetině, tento nervový kořen nemůžeme nijak poškodit,
- bolest hlavy při postavení z důvodu snížení tlaku mozkomíšního moku. Příčinou může být únik mozkomíšního moku místem vpichu,
- možnost zanesení infekce do prostoru likvorových prostor prakticky odpadá provedením výkonu jehlou na jedno použití,

- uskřínutí mozkové tkáně do velkého týlního otvoru připadá v úvahu při výrazném zvýšení nitrolebního tlaku (toto bylo u Vás vyloučeno vyšetřením očního pozadí),
- vzácněji déletrvající krvácení z místa vpichu při některých onemocněních krvetvorby či poruchách srážlivosti.

Abychom snížili riziko většího krvácení nebo alergické reakce na minimum zodpovězte nám prosím, následující otázky:

Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo vytržení zubu ? Ano - Ne\*

Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrvení příbuzní) ? Ano - Ne\*

Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění ? Ano - Ne\*

Jste těhotná ? Ano - Ne\*

Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený oční zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost) ? Ano - Ne\*

Jestliže ano, kterým: \_\_\_\_\_

#### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

- ležet 2 hod. na břiše (je-li to možné), dále do vyšetření ležet v libovolné poloze. Pokud byl odebrám mozkomíšni mok ležet ve vodorovné poloze 24 hod.,
- dostatečný příjem tekutin zvláště při odběru mozkomíšního moku,
- vlastní nahrávání obrázků - scintigramů se uskutečňuje za 4 hod. po aplikaci radioaktivní látky a dále za 24 hod. event. 48 hod,
- pokud Vám budou zavedeny tampony do uší či nosu tak je nevytahujte, odstraní je personál našeho oddělení následující den a podrobí vyšetření.

**V případě jakýchkoli potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře.**

#### Identifikační údaje pacienta(tky):

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

#### Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

#### Plánovaný výkon:

<b>Radionuklidová cisternografie – vyšetření cirkulace mozkomíšního moku</b>
--

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). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

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