

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Scintigrafie po aplikaci ^{131}I

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 vyšetření – scintigrafie po aplikaci ^{131}I .

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 indikuje lékař nukleární medicíny u nemocných s prokázaným karcinomem štítné žlázy. Vyšetření se provádí vždy po operaci štítné žlázy (tzv. totální tyreoidektomii) kdy byl histologicky potvrzen diferencovaný karcinom štítné žlázy a indikována následná léčba na oddělení nukleární medicíny. Tento výkon umožní zobrazit zbytky tkáně štítné žlázy po operaci a případné metastatické postižení v lymfatických uzlinách (nejčastěji v oblasti krku) nebo ve vzdálených orgánech. Provádí se buď po podání diagnostické aktivity ^{131}I za účelem průkazu zbytků štítné žlázy a dceřiných ložisek nádoru štítné žlázy nebo po podání léčebné aktivity ^{131}I za účelem ověření akumulace ^{131}I v prokázaných ložiscích.

Kontraindikace vyšetření:

Kontraindikací pro toto vyšetření je těhotenství a kojení. Laktaci je nutno zcela zastavit minimálně 8 týdnů před plánovaným vyšetřením.

O případném těhotenství a kojení je nutno v předstihu informovat ošetřujícího lékaře i personál pracoviště.

Alternativy výkonu:

Výkon není nahraditelný jiným vyšetřením.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Vyšetření se provádí vždy za hospitalizace na Klinice nukleární medicíny FN Ostrava. Plánuje se s dostatečným předstihem a na celou přípravu budete včas upozorněni lékařem nukleární medicíny. Pokud nebude určeno jinak (příprava rekombinantním TSH) je před vyšetřením potřeba vysadit na 1 měsíc hormony štítné žlázy (nejčastěji Euthyrox nebo Letrox) a vyvarovat se několik měsíců předtím užívání jódu v jakékoliv formě (např. v potravě – mořské produkty, v doplncích stravy a lécích včetně jodového kontrastu, který se používá před CT vyšetřením).

Jaký je postup při provádění výkonu:

^{131}I se podává ve formě želatinové kapsle určené ke spolknutí.

Vlastní vyšetření se provádí za 48 hodin od podání diagnostické kapsle, za 4 až 5 dní po podání terapeutické kapsle. Při vyšetření budete ležet na zádech na vyšetřovacím stole přístroje, snímáme celé Vaše tělo (popř. v omezeném rozsahu) a dle indikace lékaře je možno doplnit cílené tomografické SPECT/CT vyšetření. Vyšetření tak celkově může trvat až 45 minut. Během snímání se nesmíte hýbat.

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 diagnostickým podáním ^{131}I je vyšší než u klasických radiodiagnostických postupů.

Radiofarmakum nemá prakticky žádné nežádoucí účinky, riziko alergické reakce je extrémně nízké.

Po vysazení hormonální substituce můžete mít obtíže charakteru menší či větší únavy, ospalosti, nevykonnosti, můžete mít otoky, být zimomřiví a event. přibrat na váze i několik kg.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Vyšetření probíhá za hospitalizace na lůžkovém oddělení Kliniky nukleární medicíny – režim pohybu, omezení a další podrobnosti upřesní personál lůžkové části dle množství radioaktivity v těle, které se každý den měří.

Po propuštění do domácího ošetřování je vhodné se vyhnout delšímu těsnému kontaktu s malými dětmi a těhotnými ženami.

Potřísněné materiály (např. pleny, oblečení, ... močí, krví, ...) je vhodné skladovat 96 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:

Scintigrafie po aplikaci ¹³¹I

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).

Souhlasíte s aplikací ionizujícího záření – radiofarmaka a CT? ¹⁾

☐ ANO

☐ NE

Jste těhotná? ¹⁾

☐ ANO

☐ NE

Kojíte? ¹⁾

☐ ANO

☐ NE

Kojila jste v období posledních 2 měsíců? 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