

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Scintigrafie štítné žlázy (technecium)

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 štítné žlázy.

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 zobrazení funkční tkáně štítné žlázy. Hlavní indikací je upřesnění diagnostiky u některých onemocnění, zejména spojených se zvýšenou funkcí tkáně štítné žlázy, dále také k charakterizaci uzlů ve tkáni žlázy.

Kontraindikace vyšetření:

Relativní kontraindikací je těhotenství a kojení, kdy je nutno přerušit laktaci na dobu 48 hodin od aplikace radiofarmaka.

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

Alternativy výkonu:

V rámci metod nukleární medicíny neexistuje alternativa.

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 a pít, ohledně Vaší běžné medikace platí následující:

- pokud máte nasazena tyreostatika není nutno medikaci před scintigrafií vysazovat,
- v případě hypotyreózy je nutné vysazení hormonální substituce na dobu 4-5 týdnů,

Dále min. 4 měsíce před vyšetřením Vám nesmí být aplikovány jodové kontrastní látky používané při CT vyšetření, rovněž léky obsahující jod (např. Cordarone, Amiodarone apod.), ani multivitaminové preparáty s jodem. Nesmíte mít krátce po lázeňských procedurách s jodobromovými koupelemi či mít bezprostředně po pobytu v termálních koupelích se zvýšeným obsahem jodu. O vysazení konkrétních léčiv Vás poučí odesílající lékař.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Nejprve Vám aplikujeme do žíly vyšetřovací látku (radiofarmakum). Po aplikaci radiofarmaka je vhodné zvýšit příjem tekutin, který povede k častějšímu močení, čímž dojde ke zlepšení kvality zobrazení a dále povede ke snížení radiační zátěže.

Vlastní vyšetření se provádí za 15 minut od injekce, budete ležet na zádech na vyšetřovacím stole přístroje, během vyšetření se nesmíte hýbat. Při vyšetření snímáme oblast krku a horní část hrudníku v délce cca 15 minut; dle indikace lékaře se prakticky vždy doplňuje cílené tomografické SPECT/CT vyšetření trvající 20 minut. Vyšetření tak celkově může trvat až 40 minut. V průběhu scintigrafického vyšetření se může provádět značení bodovým zdrojem – značíme oblast horní části hrudní kosti, jizvy po operaci na krku, značí se hmatné uzly.

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 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 štítné žlázy (technecium)
--

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

Dokument je duševním vlastnictvím FN Ostrava a je určen výhradně pro potřebu zaměstnanců FN Ostrava.