



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111

F-VFN-105

Strana 1 z 2

Verze číslo: 1

Informovaný souhlas

Ústav nukleární medicíny

U Nemocnice 5, 120 00 Praha 2
přednosta prof. MUDr. Martin Šámal, DrSc.

Klinické oddělení nukleární medicíny

primář MUDr. Jozef Kubinyi, Ph.D., FEBNM
<http://unm.vfn.cz/>

Jméno a příjmení:

r. č.:

Bydliště:

Zákonný zástupce pacienta (pokud je stanoven):

.....
(jméno, příjmení)

Lékař, který provedl poučení:

(jméno, příjmení)

Nukleární medicína se zabývá diagnostikou a léčbou pomocí otevřených radioaktivních zářičů, které jsou ve formě radiofarmak aplikovány zpravidla do žíly. Využití těchto látek umožňuje neinvazivní sledování některých důležitých funkcí organismu. Zobrazovací metodou nukleární medicíny je **scintigrafie**. Scintilační kamera pořizuje snímky v oboru záření gama podobně jako fotografická kamera pořizuje snímky v oboru viditelného světla. Scintigrafie může být **statická** nebo **dynamická**. Statická scintigrafie zobrazuje rozložení radiofarmaka v orgánech, dynamická scintigrafie zachycuje jeho změny v čase. Snímky se pořizují buď ihned po aplikaci radiofarmaka (dynamická scintigrafie) nebo s různě dlouhým časovým odstupem (statická scintigrafie). Často se při vyšetření provádí rovněž tomografické zobrazení, které se označuje jako **SPECT** (Single-Photon Emission Computed Tomography). Velkou předností scintigrafie je možnost provedení **celotělového vyšetření** pomocí kterého lze odhalit patologická ložiska v předem neznámé lokalizaci, aniž by byl pacient přítom vystaven vyšší radiační zátěži. Množství radiofarmaka aplikovaného do organismu pro diagnostické účely je velmi malé. Tím se minimalizuje riziko nežádoucích účinků ionizujícího záření a zajišťuje podmínka, aby vyšetřovaná funkce nebyla vlastním vyšetřením nijak ovlivněna. Radiační zátěž pacientů při scintigrafickém vyšetření je v průměru stejná jako při rentgenovém vyšetření.

Název výkonu (výkonů):

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

- ✓ intravenózní aplikace radiofarmaka, je nezbytnou součástí scintigrafie
- ✓ radiofarmakum se vychytává v orgánech, kde ho lze sledovat scintilační kamerou
- ✓ po podání radiofarmaka jsou zdravotní rizika z ionizujícího záření shodná s rizikem vyšetření na radiodiagnostickém oddělení (RTG), látka nemá vedlejší účinky, nezpůsobuje alergii ani jiné zdravotní komplikace
- ✓ radiofarmakum se vždy aplikuje v takových případech a takovým způsobem, aby prospěch pacienta mnohonásobně převyšoval riziko z ionizujícího záření



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111

F-VFN-105

Strana 2 z 2

Verze číslo: 1

Informovaný souhlas

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

- ✓ utažení paže, desinfekce kůže, aplikace radiofarmaka do žíly tenkou jehlou, ošetření vpichu
- ✓ v některých případech se místo injekce radiofarmakum polyká nebo vdechuje

Jako alternativu místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

- ✓ ke scintigrafickému vyšetření zpravidla není alternativa – s dalším možným diagnostickým vyšetřením (RTG, CT, MR, ultrazvuk) není v konkurenčním vztahu a vyšetření se navzájem doplňují.

Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

- ✓ po výkonu není potřeba zvláštního omezení, není omezena zdravotní způsobilost ani pracovní schopnost, je žádoucí se vyhnout delšímu styku s dětmi v den výkonu (brát na klín, sedět dlouho vedle apod.)
- ✓ plánovanou cestu do zahraničí do 2 dnů po vyšetření je třeba hlásit sestře v příjmové kanceláři nebo aplikujícímu lékaři
- ✓ vyšetření nelze provádět v těhotenství (jenom ve zcela výjimečných případech), případné kojení je potřebné přerušit

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

Jako zákonný zástupce (* zaškrtněte jednu možnost):

- nezletilého pacienta,
- pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo
- pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

V Praze dne

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro než pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka:

.....
podpis svědka (svědků)