

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

**Oddělení nukleární medicíny, tel. 577 552 231**

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup/vyšetření.

### Informace o pacientovi:

Pacient: \_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození/r.č.*

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): \_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení*

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

## VYŠETŘENÍ PET/CT

### Účel výkonu:

PET/CT je jedno z nejmodernějších vyšetření současné medicíny. Na základě spotřeby glukózy nebo jiné látky (značené aminokyseliny nebo peptidy) v orgánech a ložiscích lze detekovat nádorová a zánětlivá ložiska a sledovat jejich vývoj. PET/CT se skládá ze dvou vyšetření - pozitronové emisní tomografie (PET) a počítačové tomografie (CT). PET zobrazuje míru poškození buněk, CT stanovuje přesnou anatomickou lokalizaci postiženého ložiska. Vyšetření se zpravidla provádí v rozsahu hlava – stehna.

### Povaha a průběh výkonu:

Jde o diagnostické vyšetření spojené s nitrožilní injekční aplikací glukózy nebo jiné látky značené radioaktivním izotopem s velmi krátkým poločasem přeměny prostřednictvím kanyly zavedené do žíly. Vyšetření bývá zahajováno v odstupu 1 hodiny od podání radiofarmaka. Těsně před zahájením snímání obrazů bývá nitrožilně podána rentgenová kontrastní látka, což je spojeno s pocitem tepla rozlévajícím se po těle. Při celém vyšetření PET/CT kamerou musí pacient ležet v klidu bez pohybu po dobu asi 35-40 minut, je nutno respektovat pokyny ošetřujícího personálu.

Po vyšetření s podáním rentgenové kontrastní látky je nezbytné zůstat dalších 30 minut v čekárně PET/CT.

### Rizika výkonu:

Radioační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů.

**Radiofarmakum** nemá vedlejší účinky, nezpůsobuje alergii ani jiné zdravotní komplikace.

**Kontrastní látka** může vyvolat alergickou reakci (riziko alergie na jód), která je většinou lehké povahy (pocit tepla, nevolnost, kýchání), při těžších reakcích (dušnost, otoky) **je nutné okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře !!!** Zcela ojediněle se vyskytly i život ohrožující reakce.

### Alternativa výkonu:

K posouzení rozložení metabolismu glukózy celotělovým způsobem **není** alternativní vyšetření. V některých případech část informace podá magnetická rezonance, ultrazvuk nebo kontrastní rtg vyšetření – nemají však komplexní povahu jako informace získaná pomocí PET/CT vyšetření.

**Údaje o možném omezení:**

V obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení vyšetření PET/CT:

- bez jakýchkoliv omezení můžete cestovat veřejnými dopravními prostředky nebo osobním autem i s doprovodem
- plánovanou cestu do zahraničí v den vyšetření nutno nahlásit sestře a vyžádat si potvrzení o prodělaném vyšetření
- váš styk s rodinnými příslušníky není omezen, je žádoucí vyhnout se delšímu styku s dětmi v den výkonu (brát si je na klín, uspávat je, sedět dlouho vedle) a těhotnými ženami
- po vyšetření se můžete vrátit bez omezení do práce
- samozřejmostí je dodržování základních hygienických pravidel
- v případě inkontinentních pacientů, zvracejících pacientů je nutné potřísňené pleny nebo jiné materiály skladovat 24 hodin v igelitovém pytlí mimo obytné prostory (sklep, garáž) a poté lze pytle odstranit jako normální komunální odpad

**Po 24 hodinách od aplikace se ve Vašem těle bude nacházet pouze nepatrné množství radiofarmaka a již není třeba dodržovat shora uvedené zásady spojené s radiační ochranou obyvatelstva.**

**Kontraindikace vyšetření:**

Vyšetření nelze provést v těhotenství, případné kojení je potřebné přerušit.

**PROHLÁŠENÍ:**

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient)

.....

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu: .....

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékařovi otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

**SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM**

s provedením navrženého a popsáného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor: \_\_\_\_\_ (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu: \_\_\_\_\_ (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

\_\_\_\_\_  
Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

\_\_\_\_\_  
Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

\_\_\_\_\_  
Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

**Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.**