

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM Scintigrafické vyšetření na oddělení nukleární medicíny po aplikaci OctreoScanu ( $^{111}\text{In}$ – pentetretotidu).**

Souhlas pacienta/zákonného zástupce s prováděním vyšetřovacích léčebných výkonů podle § 67b odst. 19 zákona číslo 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 285/2002 Sb. a zákona č. 225/2006 Sb., vyhlášky 64/2007.

Vážená paní, vážený pane,

s přihlédnutím k dosavadním výsledkům vyšetření u Vás provedených je vhodné provést scintigrafické celotělové vyšetření po aplikaci preparátu OctreoScan ( $^{111}\text{In}$  – pentetretotid).

Následným vyšetřením na gama kameře upřesníme diagnózu, na kterou má váš ošetřující lékař podezření.

Vyšetření následuje v delším časovém odstupu po aplikaci speciální látky – radiofarmaka – do žíly a opakuje se.

Časový termín vyšetření a dobu, po kterou budete vyšetřován, vám sdělíme při aplikaci. Předběžně počítejte s vyšetřením za 5, 24 a 48 hodin po aplikaci radiofarmaka.

Podávaná injekce radiofarmaka je objednána speciálně jen pro vás pro tento typ vyšetření.

Po ukončení vyšetření lékař nukleární medicíny výsledek zpracovává na počítači a hotový nálezný zprávu písemně sdělí lékaři, který vyšetření objednal. Tento lékař vás pak s nálezem seznámí. Je tomu tak proto, že jen ošetřující lékař zná podrobně všechny vaše zdravotní problémy, shromažďuje všechny nálezy a může vám poskytnout nejpřesnější informace o vaší diagnóze i případné navrhované léčbě.

Pokud se dodrží Standardní operační postupy, nemá vyšetření žádné vedlejší účinky, alergickou reakci jsme dosud neznamenali, ale nelze ji zcela jednoznačně vyloučit.

Scintigrafická vyšetření mají nízké radiační riziko, aplikované aktivity nepřevyšují diagnostické referenční úrovně dané platnou vyhláškou SÚJB (Státní ústav jaderné bezpečnosti).

Scintigrafické vyšetření, které Vám dnes provádíme, nemá na tomto pracovišti jinou alternativu.

Po scintigrafickém vyšetření není omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti.

Pouze u těhotných žen, kojících matek a osob pečujících o děti do 6 let je speciální režim.

Pokud vyšetřovaná osoba pečuje o děti do 6 let, pak doporučujeme během vyšetřování tuto péči kompletně přerušit.

Na základě výsledků vyšetření v některých případech doporučujeme vyšetření kontrolní, které v doporučeném časovém odstupu musí objednat opět jen váš ošetřující lékař.

### **Souhlas nemocného s výkonem:**

Prohlašuji, že jsem byl lékařem úplně a srozumitelně poučen o povaze svého onemocnění a plánovaném výkonu. Byl jsem poučen i o alternativách léčby a možných důsledcích v případě neprovedení tohoto výkonu. Během poučení jsem měl možnost klást lékařovi doplňující otázky, a pokud tomu tak bylo, byly mi úplně a srozumitelně zodpovězeny. Jsem si vědom všech rizik i komplikací spojených s tímto výkonem. Poučení jsem rozuměl a s výkonem souhlasím.

**Jméno a příjmení pacienta:**.....

**Rodné číslo pacienta:**.....

**V Jihlavě dne:** ..... **Podpis pacienta:**.....

**Podpis lékaře:**.....