VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

VYŠETŘENÍ PŘEŽÍVÁNÍ ERYTROCYTŮ (ČERVENÝCH KRVINEK)

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

Vyšetření přežívání erytrocytů stanovuje dobu přežívání červených krvinek, dále slouží k posouzení místa zániku červených krvinek.

Vyšetření spočívá v odběru malého množství krve, v laboratoři se tento vzorek označí radioaktivním prvkem. Poté Vám bude tento značený vzorek podán zpět do žíly a následuje několik odběrů krve v určených časových intervalech, spojených s měřením intenzity radioaktivity nad určenými orgány. Z naměřených dat se spočítá doba přežívání červených krvinek a měření nad jednotlivými orgány může pomoci lokalizovat místo jejich zániku.

Podání vzorku Vaší krve značené radioizotopem nezpůsobuje alergii ani jiné zdravotní komplikace a nemá vedlejší účinky. Radioizotop se vždy aplikuje v takových případech a takovým způsobem, aby prospěch pacienta mnohonásobně převyšoval riziko z ionizujícího záření.

Podání radiofarmaka do žíly je spojeno s možnými komplikacemi v místě vpichu, stejně jako při aplikaci jakéhokoliv jiného léčiva, může dojít k prasknutí žíly, tvorbě modřiny, úniku části radiofarmaka do podkoží. Jedná se o komplikace, kterým se ani při nejlepší péči nelze zcela vyhnout, závisí mimo jiné na stavu žilního řečiště pacienta. V naprosté většině případů jsou nezávažné.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

K tomuto vyšetření není alternativa.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Bude Vám odebráno malé množství krve a v laboratoři se tento vzorek označí radioaktivním prvkem. Poté Vám bude tento značený vzorek podán zpět do žíly pomocí jehly a stříkačky.

Po 30 minutách, druhý den a následující 3 týdny – vždy v pondělí, ve středu a v pátek budou následovat 2 malé odběry ze žíly na ruce, kde se nepodával označený vzorek.

Po odběru následuje vždy měření nad srdcem, játry a slezinou, které slouží ke zjištění distribuce značených erytrocytů a jejich změny v jednotlivých orgánech v závislost na čase. Celková doba vyšetření je 3 týdny.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po vyšetření není potřeba zvláštního omezení, není omezena zdravotní způsobilost ani pracovní schopnost. Jestliže v dohledné době plánujete cestu do zahraničí, je nutné tuto skutečnost nahlásit sestře v příjmové kanceláři nebo aplikujícímu lékaři.

Vyšetření nelze provádět v těhotenství (jenom ve zcela výjimečných případech), případné kojení je potřebné přerušit.

Další potřebná léčba:

Není

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Poznámka:

Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaši identitu. Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete kdykoliv odvolat. Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů:

☐ **Souhlasím** ☐ **Nesouhlasím**

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:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka