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):

PERFUZNÍ SCINTIGRAFIE MOZKU (VYŠETŘENÍ PROKRVENÍ MOZKU ZA POMOCÍ CHEMICKÉ LÁTKY OZNAČENÉ RADIOAKTIVNÍM PRVKEM)

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

Účelem výkonu je zobrazit rozložení prokrvení mozku za klidových podmínek a případně i po zátěži. Radiofarmakum (léčivo s navázanou radioaktivní látkou) se vychytává v buňkách mozku (v závislosti na průtoku krve a jejich funkci), zde ho lze sledovat přístrojem převádějícím intenzitu radioaktivity na obraz – gamakamerou (scintilační kamerou).

Předpokládaný prospěch: zjištění rozsahu a lokalizace nedostatečně prokrvených míst v mozku, případně rozdíly mezi stavem prokrvení v klidu a během zátěže, může ovlivnit způsob léčby, např. provedení chirurgického obnovení průtoku krčními tepnami.

Rizika z ionizujícího záření jsou shodná s rizikem odpovídajících vyšetření na radiodiagnostickém oddělení (rentgen) - radiofarmakum nemá vedlejší účinky, nezpůsobuje alergii ani jiné zdravotní komplikace, kontraindikací je těhotenství.

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.

Před podáním radiofarmaka, které zobrazí rozložení krve ve Vašem mozku, je někdy potřebné vhodným podnětem zajistit zvýšenou intenzitu prokrvení. Zátěž se provádí pomocí léčiva zvaného Diamox, které způsobí roztažení cév mozku. Jedná se o přípravek, který není v ČR registrován. Je však registrován v řadě zemí EU a v USA a pro uvedený účel se používá již přes 20 let. Rovněž je součástí „doporučených postupů" (guidelines) evropských i amerických. Důvody, proč není v ČR registrován jsou ekonomické, nepředstavují zvýšené zdravotní riziko.

Riziko vážnějších komplikací u zátěže tímto lékem je velmi nízké, jako vedlejší příznak se často vyskytuje bolest hlavy (odezní po vyšetření), někdy pocení, mírná dušnost a nucení na močení.

Toto poučení je jenom stručným shrnutím, vyšetřující lékař a sestra vám podají podrobné informace a případně zodpoví vaše dotazy. Váš lékař, který vyšetření vyžádal, i vyšetřující lékaři nukleární medicíny jsme přesvědčeni, že všechna rizika spojená s vyšetřením, jsou pro Vás vyvážena ziskem, kterým přinese zjištěná informace.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

K perfuzní scintigrafii přímá alternativa není. Lze zobrazit průtok mozkovými tepnami pomocí angiografie při počítačové tomografii s nitrožilní kontrastní látkou nebo pomocí mozkové angiografie (kontrastní látka se vstřikuje zavedenou sondou přímo do mozkových cév).

Na rozdíl od angiografie při scintigrafii nejsou zobrazeny cévy, ale tkáňové prokrvení.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Zavedení žilní kanyly (jehly), zklidnění po dobu cca 15 minut v zatemnělé místnosti, podání radiofarmaka do kanyly (eventuálně po zátěži pomocí injekce Diamoxu,).

Dalších 30–60 minut čekání, než látka dosáhne optimální koncentrace v mozku, následuje scintigrafické vyšetření pod gamakamerou cca 45 minut. Zátěžové a klidové vyšetření je z fyzikálních důvodů nutno provést v jiné dny.

S případným užitím neregistrovaného přípravku (Diamox) při vyšetření:

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

☐ **Souhlasím** ☐ **Nesouhlasím**

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav 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 7 dnů po vyšetření je třeba hlásit sestře v příjmové kanceláři nebo aplikujícímu lékaři.

Další potřebná léčba:

Není

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