



**Záznam o poučení a informovaný súhlas
pacientky v reprodukčnom veku (12-55 rokov)
s poskytnutím zdravotnej starostlivosti
v Inštitúte nukleárnej a molekulárnej medicíny**

1. Meno a priezvisko pacientky.....RČ.....
Bydlisko.....č.OP.....
Totožnosť pacienta overil.....

Alergia na

Zákonný zástupca - vyplňuje sa len v prípade, ak je pacientom maloleté dieťa (do 18 rokov veku), osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony:

Meno a priezvisko:RČ.....
Bydlisko.....č.OP.....
Totožnosť zákonného zástupcu overil:

2. Prehlasujem, že som bol riadne a v plnom rozsahu poučený o diagnostickom výkone:

.....
Bola mi riadne vysvetlená podstata a povaha výkonu, jeho účel, priebeh vyšetrenia, ako aj to, že nehrozia žiadne trvalé následky pri podaní rádioaktívnej látky do žily alebo iným spôsobom (inhaláciou, vnútorným požitím). Krátkodobé zmeny v mieste vpichu ako je začervenanie, mierny opuch, nevýznamné krvácanie a mierna bolestivosť sú bežné a zvyčajne netrývajú dlhšie ako niekoľko minút.

Samotné vyšetrenie sa začína ihneď po injekcii alebo s rôznym časovým odstupom (desiatky minút až niekoľko hodín). Približný čas vyšetrenia Vám bude oznámený po injekcii. Vyšetrenie sa vykonáva pomocou gamakamery, ktorá zobrazuje žiarenie vychádzajúce z rádiofarmaka kumulovaného vo vašom tele, teda vy sami „žiarite“, kým nedôjde k rozpadu látky vo Vašom tele alebo k jej vylúčeniu, čo trvá vo väčšine prípadov do 24 hodín. Ak by to vo Vašom prípade mohlo trvať dlhšie, budete na to osobitne upozornená. Vyšetrenie trvá niekoľko desiatok minút, v niektorých prípadoch však aj niekoľko hodín. Začiatok Vášho vyšetrenia sa môže posunúť, ak sa ukáže, že niektorého z pacientov pred vami bolo potrebné vyšetriť podrobnejšie, ako je bežné. Určite si všimnete, že niektorí pacienti, ktorí prišli po Vás, budú vyšetrení skôr. Vyplýva to z toho, že každý deň vykonávame rôzne druhy vyšetrení, ktoré vyžadujú odlišný časový interval od podania látky po samotný začiatok vyšetrenia. Podaná látka nepoškodzuje Váš organizmus a neznižuje Vašu pozornosť, napr. pri riadení motorového vozidla. Z Vášho tela sa táto látka vylučuje najmä obličkami, preto je potrebné v deň vyšetrenia zvýšiť príjem tekutín a vyhýbať sa bezprostrednému kontaktu s deťmi a tehotnými ženami.

3. Bola som poučená o tom, že aj keď je pacient alergický na niektoré lieky, potraviny alebo iné látky, alergické reakcie na rádiofarmakum, ktoré mu bude aplikované, sú veľmi vzácne. V prípade, že som v minulosti prekonala závažnú alergickú reakciu, akou je anafylaktický šok (s poklesom tlaku, stratou vedomia a zlyhávaním životných funkcií), beriem na vedomie, že je potrebná špeciálna príprava pred podaním rádiofarmaka. Bola som informovaná o rizikách poskytnutia ako aj odmietnutia uvedeného výkonu.

Moje otázky mi boli zdravotníkmi pracovníkmi uspokojujúcim spôsobom vysvetlené, odpovediam ako aj celému tomuto poučeniu som porozumela. Na základe toho dávam svojim podpisom súhlas s poskytnutím zdravotného výkonu uvedeného vyššie v tomto bode.

4. Vyplňte, prosím, nasledujúce údaje zaškrtnutím štvorčeka pri správnej odpovedi:

Menštruácia:

- Dátum poslednej menštruácie:
- Som v klimakteriu a dátum mojej poslednej menštruácie bol:
- Zatiaľ nemám menštruáciu.
- Som po operácii maternice – hysterektómia.

Máte nejaké podozrenie, že by ste mohli byť tehotná?

- Nemôžem jednoznačne vylúčiť možnosť, že by som mohla byť tehotná.
- Jednoznačne vylučujem možnosť, že som tehotná.

Ste dojčiaci matka?

- Nie.
- Áno.

Vyhlasujem, že som bola poučená o tom, že **vyšetrenia spojené s ožiareními sa u tehotných a dojčiacich žien vykonávajú len v zvlášť odôvodnených a neodkladných prípadoch** po konzultácii s indikujúcim lekárom. Bola som poučená o možných rizikách pre nenarodené dieťa v prípade podania rádioaktívnych látok počas tehotnosti. Všetky moje otázky mi boli uspokojivo zodpovedané.

5. Beriem na vedomie, že tento súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať, ako aj to, že môžem kedykoľvek požiadať o doplnenie poučenia, ak mi bude čokoľvek nejasné. Aj o tomto bude zhotovený písomný záznam, ktorý bude dodatkom k tomuto poučeniu.

6. Vyhlasujem, že som pravdivo a úplne informovala o svojom zdravotnom, fyzickom a duševnom stave ako aj o ďalších okolnostiach, ktoré môžu mať vplyv na poskytnutie, priebeh a následky výkonu zdravotnej starostlivosti.

7. Vyhlasujem, že som sa rozhodla slobodne a vážne, bez nátlaku, pri plnom vedomí a na rozhodnutie mi bol poskytnutý dostatočný čas. Súčasne prehlasujem, že nie som pozbavená spôsobilosti na právne úkony a moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená. Súhlasím aby výsledky vyšetrenia boli štatisticky vyhodnocované a mohli byť použité v anonymnej forme na výučbu a odborné činnosti v záujme zlepšovania kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

8. Menoslov osôb, ktorým je možnosť poskytnúť informácie o mojom zdravotnom stave:

.....
.....

9. O výsledku svojho vyšetrenia:

- chcem byť informovaný (-á) v plnej miere
- nechcem byť informovaný (-á) v plnej miere

Výsledok vyšetrenia bude odoslaný z nášho pracoviska lekárovi alebo lekárke, ktorí vás na vyšetrenie odoslali. Prípadné osobné prevzatie kópie vyšetrenia je potrebné dohodnúť s lekárom, ktorý Vám vyšetrenie vykonáva.

V
dňa ohod.

.....
vlastnoručný podpis pacienta
alebo jeho zákonného zástupcu

.....
podpis a pečiatka lekára, ktorý vykonal poučenie