



**Záznam o poučení pacienta a informovaný súhlas pacienta  
s poskytnutím zdravotnej starostlivosti  
v Inštitúte nukleárnej a molekulárnej medicíny**

1. Meno a priezvisko pacienta.....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 netrávajú 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 upozornení. 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 obvyklé. Určite si všimnete, že niektorí pacienti, ktorí prišli po Vás, budú vyšetrení skôr. Vyplyva 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. Bol som poučený 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 prekonal 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. Bol som informovaný o rizikách poskytnutia ako aj odmietnutia uvedeného výkonu.

4. 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.

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

6. Vyhlasujem, že som sa rozhodol slobodne a vážne, bez nátlaku, pri plnom vedomí a na rozhodnutie mi bol poskytnutý dostatočný čas. Súčasne prehlasujem, že nie som pozbavený 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.

7. Dávam súhlas, aby informácie o výsledku vyšetrenia a o mojom zdravotnom stave boli v plnom rozsahu poskytnuté nižšie uvedeným osobám :

.....  
.....

8. 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.

9. Vyhlasujem, že som bol, ako dotknutá osoba, informovaný o tom, že osobné údaje, ktoré som uviedol vyššie bude spracúvať Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, so sídlom Rastislavova 43, 042 53 Košice (prevádzkovateľ) na základe svojho oprávneného záujmu a za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Prevádzkovateľ ma zároveň informoval o tom, že externým výkonom zodpovednej osoby poveril spoločnosť osobnyudaj.sk – [www.osobnyudaj.sk](http://www.osobnyudaj.sk), ako aj o tom, že viac informácií o ochrane osobných údajov nájdem na webovom sídle prevádzkovateľa – [www.inmm.sk](http://www.inmm.sk), v sekcii O nás – ochrana osobných údajov.

V .....  
dňa ..... o .....hod.

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

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