



**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
на обстеження методом сцинтиграфії**

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Особистий ідентифікаційний номер:

Назва процедури

Сцинтиграфічне дослідження певного органу або пошук патологічного ураження
(Scintigrafické vyšetření posuzovaného orgánu nebo pátrání po patologickém ložisku)

Мета процедури

Обстеження надасть інформацію про функціональний стан досліджуваних органів або про локалізацію патологічних процесів. Причому метод дослідження може надати відображення всього тіла, а також ОФЕКТ-зображення в розрізах у різних площинах.

Характер процедури

Сцинтиграфія – це діагностичний тест, пов'язаний із введенням речовини, позначеної радіоактивним ізотопом з коротким періодом напіврозпаду. Застосування зазвичай відбувається шляхом ін'єкції (можливе введення за допомогою катетера, шляхом ковтання або інгаляції). Саме обстеження проводиться під сцинтиляційною камерою, яка контролює розподіл радіофармпрепарату (поглинання в осередку ураження, поглинання в органі і подальше виведення з організму тощо). Під час огляду пацієнт повинен лежати нерухомо.

Очікуваний результат від процедури

Обстеження надасть інформацію про функціональний стан органів або про локалізацію патологічних процесів, що важливо для діагностики та вибору подальшого лікування.

Альтернатива процедури

Не існує альтернативних обстежень, що дають ідентичну інформацію про функцію органів і локалізацію патологічного процесу. Сонографія, КТ та магнітно-резонансна томографія дають кращу інформацію, особливо про структуру органів, сцинтиграфія ж надає інформацію про розподіл функцій. Обстеження призначається лікарем на підставі необхідності отримання відомостей вищевказаного характеру.

Можливі ризики обраної процедури

Променеве навантаження, пов'язане з цим обстеженням, подібне до більшості методів променевої діагностики.

Наслідки процедури

Процедура не пов'язана з регулярними побічними ефектами.

Інформація про вихід після радіофармацевтичного введення

Ваше перебування з членами сім'ї не обмежене через радіаційне навантаження (але бажано відкласти на кілька годин контакти з дітьми та вагітними жінками). У разі нетримання сечі, рвоти тощо необхідно зберігати забарвлені пелюшки або інші матеріали протягом 48 годин у поліетиленовому пакеті поза житловим приміщенням (наприклад, у підвалі, гаражі), а потім матеріал можна викинути або випрати.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Ви вагітні?	TAK	NI
Годуєте грудьми?	TAK	NI
Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	TAK	NI
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	TAK	NI

Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Я зрозумів весь виклад та інформація, яку мені повідомив медичний працівник та пояснив. У мене була можливість поставити додаткові запитання, на які відповів мій медичний працівник.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:

- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ
- погоджуюсь із присутністю студентів та стажерів при наданні медичної допомоги.	ТАК	НІ
- погоджуюсь із тим, щоб студенти та стажери ознайомлювались з медичною документацією, яка стосується мене, лише в необхідному обсязі та на основі уповноважень, встановлених медичним працівником.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище уповноваженого медичного працівника, який надав інформацію про підготовку та хід процедури	Підпис уповноваженого медичного працівника, який надав інформацію про підготовку та хід процедури

Прізвище та ім'я лікаря, який надав пацієнту інформацію про показання та протипоказання до обстеження	Підпис лікаря, який надав пацієнту інформацію про показання та протипоказання до обстеження	Дата	Час

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:

Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година