

INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA S 18F – FDG – PET/CT VYŠETRENÍM

Meno a priezvisko		Rod.č.	
Bydlisko		Dátum vyšetrenia	

FDG PET/CT vyšetrenie je nová zobrazovacia metóda v diagnostike nádorových a niektorých zápalových ochorení. Vyšetrenie indikujú odborní lekári, ktorí zašlú žiadamku na naše pracovisko. Vyšetrenie nemá invazívny charakter, ale pacienti majú právo žiadať informáciu o prípadných rizikách a kontraindikáciách. Na našom pracovisku je inštalovaná nová PET/CT kamera Omni Legend GE HealthCare. Prístroj umožňuje súčasne vykonať počítačovú tomografiu (CT) a pozitronovú emisnú tomografiu (PET). Spojenie dvoch zobrazovacích modalít do jednej tzv. hybridnej kamery zvyšuje presnosť vyšetrenia.

CT - patrí dnes už k základným röntgenovým metódam, ktoré umožňujú podrobne zobrazovať rôzne patologické zmeny na vnútorných orgánoch. Obrazy vznikajú prechodom röntgenového žiarenia vyšetřovanou časťou tela, údaje sú spracované počítačom. **PET** - zisťuje metabolickú aktivitu rôznych nádorových a zápalových ložísk v tele pred liečbou, prípadne aj po nej. Využíva sa pri tom jednoduchý cukor - glukóza, označená rádioaktívnym fluórom 18 F, bežne nazývaná FDG, ktorá sa podáva do žily cez zavedenú kanylu. 18 Fluór je tzv. pozitronový žiarič. Jeho polčas rozpadu je pomerne krátky - 110 minút. Okrem toho sa FDG vylučuje z tela močom, preto do nasledujúceho rána aktivita z tela vymizne.

PRIEBEH VYŠETRENIA:

Je nevyhnutné, aby ste boli pred vyšetrením nalačno (najmenej 6 hodín bez jedla), ale dostatočne zavodnený nesladenými nápojmi, ktoré si môžete priniesť aj so sebou. Deň - dva pred vyšetrením nesmiete cvičiť a vykonávať ťažkú fyzickú prácu. Podaná látka by sa vo zvýšenej miere hromadila vo svaloch. U diabetikov je vhodné, ak si donesú aj jedlo, ktoré môžu po ukončení vyšetrenia skonzumovať. U diabetikov, ktorí užívajú inzulín, je vhodné vopred konzultovať prípravu a časové zaradenie vyšetrenia.

Po príchode na pracovisko odovzdáte prinesenú dokumentáciu, príp. CD/DVD v príjmovej ambulancii. Následne Vám zistíme hladinu krvného cukru po vpichu do prsta. Pri zvýšených hodnotách glykémie nad 11mmol/l nie je kvalita zobrazovania dostatočná a je nutné Vás objednať na iný termín.

Ak máte alergické ochorenia, podáme Vám antialergické lieky, tak znižujeme výskyt možných, zriedkavých, negatívnych reakcií na jódomú kontrastnú látku. U niektorých pacientov je nutná príprava kortikoidmi (Prednisonom tbl.) už deň pred vyšetrením. Za antialergickú prípravu u rizikového pacienta pred plánovaným kontrastným vyšetrením zodpovedá odosielajúci lekár.

Zavedieme kanylu do žily, kvôli podaniu FDG a prípadne aj jódovej kontrastnej látky počas CT vyšetrenia. Veľkosť aktivity podanej fluórodeoxyglukózy (FDG) závisí od Vašej hmotnosti. Príprava, meranie aktivity a aplikácia rádiofarmaka pacientom je na pracovisku vykonávaná pomocou automatického zariadenia, pod dohľadom lekára. Na rádiofarmakum nie sú popisované žiadne alergické reakcie. Približne hodinu strávite v klude, v pripravených boxoch, v kontrolovanom pásme. Tento čas je potrebný, aby sa aktívna glukóza nahromadila v prípadných patologických ložiskách. Počas čakania budete piť pripravenú tekutinu, kvôli náplni črevných kľúčiek a žalúdka. Budete pod dohľadom zdravotníkov a máte možnosť použiť signalizačné zariadenie. Prosíme Vás, aby ste v priebehu čakania nežuvali žuvačku a vystríhali sa

fyzickej námahy. Prítomnosť sprevádzajúcich osôb v kontrolovanom pásme povoľujeme výnimočne, u imobilných pacientov. Kontraindikáciou vyšetrenia je gravidita (s výnimkami) a výrazne sťažená spolupráca s pacientom.

Samotné vyšetrenie sa vykonáva ležmo a trvá cca 20 minút. Je potrebné ležať v kľude, dodržiavať pokyny vyšetrujúcich pracovníkov. Podávaná jódová kontrastná látka zlepšuje kvalitu zobrazenia, zvyšuje kontrast telesných orgánov a niektorých patologických ložísk. Po jej podaní môžete pociťovať teplo, začervenanie, pocit nevoľnosti, ktoré rýchlo pominú. Veľmi zriedkavo môže podanie vyvolať závažnejšiu reakciu (zvýšenie/zníženie krv. tlaku, zvracanie, bolesti brucha). Úplne výnimočne môže byť alergická reakcia silnejšia a viesť k ohrozeniu životne dôležitých funkcií. Je nutné, aby vyšetrujúci lekár mal k dispozícii klinické a laboratórne údaje o Vašich ochoreniach. Pracovisko je pripravené poskytnúť pomoc. Máte právo odmietnuť podanie kontrastnej látky. Aj v tomto prípade je možné vyšetrenie vykonať. Po skončení snímania na PET/CT kamere ešte pol hodiny zotrúvate na pracovisku, pod dohľadom. Vyšetrenie je spojené s radiačným zaťažením, ktoré je vyššie ako pri bežnej RTG snímke. Radiačné zaťaženie však znižujeme minimálne o tretinu oproti starším, bežne využívaným kamerám. Celkový čas pobytu na PET/CT pracovisku trvá cca 2 hodiny.

PO SKONČENÍ VYŠETRENIA:

V deň vyšetrenia sa vyhýbajte kontaktu s deťmi, tehotnými ženami, zbytočne sa nezdržujte na verejnosti. Po vyšetrení je nutné dodržiavať pitný režim - vypiť ešte aspoň 1,5 - 2 l tekutín, pokiaľ to nemáte obmedzené ošetrovateľom.

DOTAZNÍK PRED PET/CT VYŠETRENÍM:

1. Ste lačný?	ÁNO / NIE	6. Ste tehotná / dojčíte?	ÁNO / NIE
2. Alergická reakcia na jódovú kontrastnú látku?	ÁNO / NIE	7. Senná nádcha / astma / alergia na peľ?	ÁNO / NIE
Ak áno, aká?		Ak užívate lieky, aké?	
3. Alergia na lieky / potraviny?	ÁNO / NIE	8. Cukrovka?	ÁNO / NIE
Ak áno, aká?		Ak áno, čím sa liečite?	
4. Ochorenie pečene / srdca?	ÁNO / NIE	9. Myelóm(plazmocytóm), ochorenie kostnej drene podobného typu ?	ÁNO / NIE
5. Ochorenie obličiek s ich zníženou funkciou?	ÁNO / NIE	10. Ochorenie štítnej žľazy, lieky, prípadné operácie?	ÁNO / NIE

SVOJIM PODPISOM POTVRDZUJEM:

☐ Prehlasujem, že som bol oboznámený s PET/CT vyšetrením. Bol som informovaný o možnosti výskytu nežiaducich účinkov, spojených s týmto výkonom. Poučenie som čítal a súhlasím s vyššie uvedeným prehlásením.

☐ Uvedené vyšetrenie mi bolo zrozumiteľne vysvetlené a lekár mi dal všetky informácie, ktoré som požadoval.

☐ Dávam oprávnenie a súhlas k vykonaniu uvedeného vyšetrenia a prípadných nutných vedľajších úkonov s ním súvisiacich.

☐ Súhlasím s tým, aby boli moje osobné údaje zhromažďované, spracovávané a uchovávané pre vedecké účely.

☐ Lekárom som nezamlčal žiadne mne známe údaje o mojom zdravotnom stave, ktoré by mohli nepriaznivo ovplyvniť vyšetrenie, či ohroziť moje okolie.

☐ Dávam súhlas, aby informácie o výsledku vyšetrenia boli v plnom rozsahu poskytnuté uvedeným súkromným osobám:

☐ Vyhlasujem, že som bol/a, ako dotknutá osoba, informovaný/á o tom, že osobné údaje, ktoré som uviedla vyššie bude spracúvať Oddelenie nukleárnej medicíny VIVAMED s.r.o., Novozámocká cesta 3862/2, 945 01 Komárno, prevádzka Vivamed s.r.o., Levočská 7, 080 01 Prešov, (prevádzkovateľ) za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Prevádzkovateľ ma zároveň informoval o tom, že dohľad nad spracovaním osobných údajov zabezpečuje spoločnosť Pro Diagnostic Group, a.s. Bratislava, ako aj o tom, že viac informácií o ochrane osobných údajov nájdem na webovom sídle prevádzkovateľa - www.vivamed.sk, v časti Ochrana osobných údajov.

Podpis pacienta (zákonného zástupcu): _____

Zdôvodnenie, pokiaľ pacient nemôže toto prehlásenie podpísať:

Spôsob, akým pacient prejavil súhlas (+svedok):

Dátum a čas: _____

Podpis lekára: _____