

Po vyšetření není nutné omezení obvyklého způsobu života, nedochází ke změně pracovní způsobilosti, není třeba měnit Váš léčebný režim. Pro dočasnou přítomnost radioaktivní látky v těle se doporučuje v den vyšetření omezit kontakt s dětmi a těhotnými ženami. Podrobnější dotazy Vám ochotně zodpoví lékař aplikující radiofarmakum nebo jiný lékař oddělení.

O přijetí navrhovaných zdravotních služeb se můžete svobodně rozhodnout vyjma situací, ve kterých právní předpisy svobodnou volbu vylučují.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem, s jeho možným vývojem, s plánovaným postupem a o dalších možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně rizik či komplikací. Lékař se mnou o všech těchto skutečnostech osobně hovořil.

V případě, že jsou plánovány opakované výkon, bylo mi vše srozumitelně vysvětleno a vyslovuji **SOUHLAS/ NESOUHLAS** s opakovaním shodných výkonů, a to za podmínky, že se v průběhu navrhované léčby nezmění můj zdravotní stav v takové míře, která si vyžádá změnu v původně odsouhlasené léčbě, nebo se nevyskytnou jiné překážky nebo okolnosti mající vliv na mé rozhodnutí.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a vzal/a je na vědomí, že jsem byl/a poučen/a, že se mohu svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb a výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů. Byl/a jsem srozumitelně poučen/a o možnosti svůj souhlas odvolat.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví v situaci, kdy bezprostředně nebudu moci vyjádřit souhlas, souhlasím, aby byly provedeny potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Souhlasím s plánovaným PET/CT vyšetřením s radiofarmakem ¹⁸F-FDG s podáním jódové kontrastní látky

Souhlasím s plánovaným PET/CT vyšetřením s radiofarmakem ¹⁸F-FDG bez podání jódové kontrastní látky

(zaškrtněte zvolenou odpověď)

souhlasím s plánovaným vyšetřením dne: v hodin

podpis pacienta/ky:

podpis zákonného zástupce:

podpis nezletilého pacienta/ky:

(úměrně rozumové vyspělosti nezletilého dítěte - vždy u věku 14 a více let):

Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, uveďte zdravotní důvody, pro které tak nemohl učinit a způsob, jakým pacient svou vůli projevil:

místo intravenózní aplikace radiofarmaka a kontrastní látky:

kubitální žíla vpravo vlevo

předloktí vpravo vlevo

dorsum ruky vpravo vlevo

jiné

dle anamnestických údajů: gravidita: ANO NE kojení: ANO NE

Lékař/ka provádějící poučení a aplikaci radiofarmaka. Lékařské ozáření schválil/a lékař/ka:

jmenovka a podpis:

.....