OBRAZEC ZA INFORMIRANO SOGLASJE ZA PREISKAVO PET/CT

Z označevalci za β-amiloid

Podpisani/a _____ kraj rojstva _____

Po pogovoru z zdravnikom specialistom _____

Izjavljam, da sem prejel/a razumljive informacije o nuklearnomedicinski preiskavi, ki jo bom opravil/a.

PET (pozitronska emisijska tomografija) z označevalci za β-amiloid je preiskava, na katero lahko usmeri specialist po temeljiti klinično-specialistični oceni za diagnozo Alzheimerjeve bolezni ali drugega tipa demence pri odraslih s kognitivnim upadom.

Preiskavo se opravi z vbrizgom radiofarmaka, to je posebna snov vezana na radioaktivni izotop 18F, katero uporabljamo za odkrivanje amiloidnih plakov v možganskem parenhimu in z slikanjem PET določimo njihovo količino. Pri tem se uporablja posebno aparaturo, to je tomograf PET ki je povezan na tomograf CT. To omogoča združitev slik ki nam natančno prikažejo porazdelitev radiofarmaka, ki nam opiše metabolizem celičnih sistemov in torej njihovo aktivnost, medtem ko slikanje CT nam natančno opredeli mesto poškodbe.

Izjavljam, da mi je zdravnik specialist razložil kako se izvede preiskavo in njene morebitne prednosti za natančnejšo diagnozo, koristno za boljšo oceno moje klinične težave in sledeče izbire zdravljenja z najprimernejšo terapijo.

Izjavljam, da sem seznanjen z možnostjo preklica tega soglasja kadar koli pred diagnostično preiskavo in da sem v primeru nesoglasja obveščen o omejitvah, ki bi jih imel, če bi se NE odločil opraviti te preiskave, ter o obstoju in/ali neobstoju možnih alternativnih preiskav za moj klinični problem

Tveganja: vbrizg označevalca β-amiloida, ki je vezan na 18F, nima stranskih učinkov, ki so opredeljeni kot "pogosti", razen rahlega draženja na mestu vbrizga, ampak ne povzroča alergijskih pojavov. Obveščen sem bil zlasti o izpostavljenosti ionizirajočemu sevanju in izjavljam, da sem dobil jasna in razumljiva pojasnila o splošnih tveganjih, ki so povezana z izpostavljenostjo; kot previdnostni ukrep so mi svetovali, naj se v 8 urah po dajanju radiofarmaka izogibam tesnemu stiku (razdalja nekaj metrov) z nosečnicami in otroki (do 14 let).

V sledečih dneh po scintigrafski preiskavi, se lahko brez posebnih previdnostnih ukrepov opravijo druge diagnostične preiskave. V sledečih urah po scintigrafski preiskavi ni kontraindikacij za uživanje hrane ali jemanje zdravil.

Izjavljam, da sem prejel razumljive in izčrpne odgovore na vsa lastna vprašanja ter možnost razmisleka o danih odgovorih.

Izjavljam, da sem imel dovolj časa, da se odločim, da:

☐ **Soglašam z izvedbo zgoraj navedene preiskave PET/CT.**
☐ **Ne soglašam z izvedbo zgoraj navedene preiskave PET/CT.**

Datum_____

Podpis zdravnika nuklerne medicine **Podpis pacienta**

_____ **_____**

ZA INFORMACIJE PACIENTU PREK TOLMAČA in/ali ZAKONITEGA SKRBNIKA

Ime in priimek tolmača in/ali skrbnika (z velikimi tiskanimi črkami)
……..

Podpis tolmača/ali zakonitega skrbnika ……
dokument…….……..datum…….……

Ime in priimek priče (z velikimi tiskanimi črkami)
…….……

Podpis priče …… dokument……..datum…….....

Ime in priimek priče (z velikimi tiskanimi črkami)
…….……

Podpis priče …… dokument……..datum…….....

ZA ŽENSKE V RODNI DOBI

Izključujem vsakršen sum na nosečnost in izjavljam, da ne dojim v času scintigrafske preiskave. Zavedam se, da moram v primeru najmanjšega dvoma o morebitni nosečnosti obvestiti zdravnika specialista, saj je treba preiskavo preložiti zaradi varstva pred sevanjem. Preiskavo se lahko opravi le pri ženskah, ki niso noseče, razen v določenih nujnih primerih, ki so dogovorjeni z lečečim zdravnikom.

Datum: .....
Podpis.....