	Typ dokumentu i nr: UŚWIADOMIONA ZGODA PACJENTA NR 47	Edycja nr 3
	Nazwa badania: SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA PŁUC	Strona 1 z 2

**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA**

Imię i nazwisko pacjenta.....

Nazwa Kliniki/Oddziału.....

Nr historii choroby.....PESEL

**SCYNTYGRAFIA (BADANIE RADIOIZOTOPOWE)
Informacje ogólne**

Scyntygrafia jest metodą uzyskiwania obrazów narządów w celu oceny ich czynności, przy pomocy niewielkich ilości odpowiednich radiofarmaceutyków, (czyli substancji promieniotwórczych). W badaniach scyntygraficznych wykonywanych w Instytucie Kardiologii radiofarmaceutyki są podawane dożylnie.

W badaniach radioizotopowych obowiązuje przestrzeganie zasad ochrony radiologicznej. Ochrona przed promieniowaniem jonizującym jest szczególnie ważna w przypadku płodów i małych dzieci. Każda pacjentka, która jest w ciąży lub karmi piersią, musi poinformować o tym lekarza prowadzącego, przed wykonaniem badania.

SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA PŁUC

Badanie polega na ocenie ukrwienia mięszu płuc. Na tej podstawie można wykluczyć zatorowość płucną bądź uzyskać obraz przemawiający za tą groźną chorobą.

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

Pacjent nie wymaga żadnego specjalnego przygotowania.


PRZEBIEG BADANIA

Badanie wykonuje się za pomocą substancji zatrzymywanych w krążeniu płucnym, znakowanych radioizotopem. Dożylnie podanie radioizotopu, zawsze w pozycji leżącej, ma miejsce bezpośrednio przed badaniem. Czas rejestracji waha się od 10 do 30 min. Badanie trwa łącznie ok. 20 – 40 min. Wynik uzyskuje się po komputerowym opracowaniu zarejestrowanych danych.

MOŻLIWE POWIKŁANIA BADANIA

Bardzo rzadko mogą wystąpić reakcje typu nadwrażliwości, bólu w klatce piersiowej, odczynu alergicznego w miejscu podania preparatu, zapaści. Możliwe powikłania mogą się pojawić przy podawaniu preparatu dożylnie (wylewy podskórne, reakcje alergiczne na plaster opatrunkowy). Diagnostyka kobiet ciężarnych ograniczona jest wyłącznie do przypadków, kiedy badanie jest niezbędne i nie może być odłożone do momentu rozwiązania.

Prosimy, aby Pani/Pan zapytał (a) nas o wszystko, co chciałaby Pani/Pan wiedzieć w związku z planowanym wykonaniem badania diagnostycznego. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani /Pana pytania.

	Typ dokumentu i nr: UŚWIADOMIONA ZGODA PACJENTA NR 47	Edycja nr 3
	Nazwa badania: SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA PŁUC	Strona 2 z 2

**UŚWIADOMIONA ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIE SCYNTYGRAFII
PERFUZYJNEJ PŁUC**

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o celu wykonania badania, spodziewanych wynikach diagnostycznych, o ryzyku powikłań wykonania lub zaniechania wykonania badania, oraz osobiście przeczytałem/am wykaz możliwych powikłań zamieszczonych na powyższym formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych związanych z moim udziałem w badaniu w celach szkoleniowych, badawczych, naukowych, które będą prowadzone w dziedzinie nauk o zdrowiu.

W PEŁNI ZROZUMIAŁEM/AM INFORMACJE ZAWARTE W TYM FORMULARZU WRAZ Z WYKAZEM MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ ORAZ ZOSTAŁEM/AM WYCZERPUJĄCO POINFORMOWANY/A PODCZAS ROZMOWY Z LEKARZEM. NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE PROPONOWANEGO BADANIA.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta imieniem i nazwiskiem

.....
Data i czytelny podpis lekarza udzielającego informacji