

Pisana obavijest o scintigrafiji paratireoidnih žlijezda

U skladu s člancima 6, 8, 9 i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, NN 37/08), člankom 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08), člankom 19. Zakona o liječništvu (NN 121/03, NN 117/08), Pravilnika o obrascu suglasnosti i obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (NN 10/08) te Pravilnika o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove - Prava pacijenata – Pristanak / odbijanje obaviještenog pacijenta (NN 31/11) liječnik specijalist

obavijestio je mene,

(ime i prezime specijalista)

o dijagnostičkom odnosno terapijskom

(ime i prezime pacijenta, datum rođenja)

postupku te da postoje **dobrobiti, rizici i moguće komplikacije** koji mogu nastati tijekom i nakon izvođenja istog

Prije scintigrafije paratireoidnih žlijezda pacijent mora liječnika obavijestiti o lijekovima ili pripravcima koje uzima kao i eventualnim prijašnjim reakcijama na lijekove (posebno anestetik), alergijama, akutnoj upali, problemima s krvarenjem te trudnoći.

Naziv i opis postupka: Scintigrafija paratireoidnih žlijezda je dijagnostička metoda koju koristi specijalist nuklearne medicine radi prikaza smještaja hiperfunkcionalnog tkiva paratireoidne / paratireoidnih žlijezda . Za scintigrafiju paratireoidnih žlijezda se primjenjuje radiofarmak MIBI. Sama doza je nešto veća te time predstavlja nešto veće ozračivanje u području vrata.

Scintigrafija paratireoidnih žlijezda služi kao dopuna u obradi pacijenta koji ima povišeni PTH i koji je u obradi od strane interniste endokrinologa.

Za scintigrafiju paratireoidnih žlijezda danas se koristi gama kamera povezana s računalom uz kvantitativnu obradu.

Prije injiciranja radiofarmaka u venu koža se prebriše dezinfekcijskim sredstvom. Nakon 10 min, 1 sat i 2 sata minuta po injiciranju radioaktivnog sredstva snima se područje vrata i grudnog koša u trajanju od 5 do 15 minuta.

Samo snimanje se izvodi u ležećem položaju stoga Vas molimo da prilikom snimanja ležite mirno.

Ponekad su potrebna dodatna snimanja na indikaciju nadležnog liječnika specijaliste koji prati cijeli tijek snimanja .

Nakon pretrage taj dan potrebno je uzimati više tekućine i izbjegavati bliski kontakt s malom djecom i trudnicama.

Dobrobiti :

Scintigrafija paratireoidnih žlijezda dijagnostička metoda prikaza hiperfunkcionalnog tkiva parenhima paratireoidne / paratireoidnih žlijezda

Rizici i moguće komplikacije:

Apsolutna kontraindikacija je visoka tjelesna temperatura , akutna infekcija te trudnoća.

Ukoliko dojite taj dan preporuča se izdavanje i bacanje mlijeka te se ponovno može dobiti 24 sata nakon izvršene pretrage - u tom periodu laktacije pretraga će bit učinjena samo na ukoliko je neophodno potrebno.

Od strane proizvođača ne navodi se mogućnost alergije . Ukoliko ste skloniji alergijskim reakcijama ipak vas molimo da nas prije injiciranja obavijestite.

Radiofarmak se injicira u venski put ali može se dogoditi da se prilikom injiciranja dio radiofarmaka injicira paravenski . To posljedično utječe na slabiji prikaz parenhima paratireoidne / paratireoidnih žlijezda .

Moguća je pojava crvenila na koži , a otekline i infekcija uz febrilitet vrlo se rijetko dogode.

Liječenje je simptomatsko , hladnim oblozima a u slučaju posljedične infekcije antibioticima .

Zamjenski postupci : ne postoje zamjenski postupci koji objedinjuju prikaz hiperfunkcijskog parenhima paratireoidne / paratireoidnih žlijezda

Potpis i faksimil odgovornog doktora
medicine za obavljanje postupka :

Datum:

Izjava pacijenta

Svojim potpisom potvrđujem da sam detaljno upoznat/a s koristima i rizicima postupka, s drugim dijagnostičkim odnosno terapijskim mogućnostima, da sam razumio/la pročitano te da sam mogao/la postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća. Istim potpisom potvrđujem da shvaćam i prihvaćam da, ukoliko se u tijeku visokorizičnog postupka (kirurških ili ostalih invazivnih postupaka) ukažu novi neočekivani momenti, isti mogu tijekom zahvata promijeniti i zahvat može završiti na način različit od ranije mi objašnjene, a razlozi istoga će mi nakon zahvata biti objašnjeni.

Datum: _____

Potpis pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika ili skrbnika: _____