

Pisana obavijest o scintigrafiji žlijezda slinovnica

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 žlijezda slinovnica 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 slinovnica je dijagnostička metoda koju koristi specijalist nuklearne medicine radi prikaza smještaja i veličine slinovnica, intenziteta nakupljanja radiofarmaka u slinovnicama nakon što se injicira u venu .

Nakon nekog vremena prati se i mogućnost odgovora slinovnica na podražaj .

Za scintigrafiju slinovnica se primjenjuje Tc-99m pertehnetat koji se koncentrira u slinovnicama. Ozračivanje je vrlo malo .

Scintigrafija slinovnica služi kao dopuna fizikalnom pregledu, anamnezi, a predstavlja dvodimenzionalan prikaz anatomije i funkcijskog stanja slinovnica s obzirom na akumulaciju Tc – 99m pertehnetata.

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

Prije injiciranja radiofarmaka u venu koža se prebriše dezinfekcijskim sredstvom. Po injiciranju radioaktivnog sredstva slijedi snimanje područje glave i vrata u trajanju od 40 minuta .

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

Oko 20. minute snimanja pacijentu se pod jezik stavi vitamin C (bombon)

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

Dobrobiti : Pertehnetat se nakuplja aktivnim načinom nakupljanja u žlijezdama slinovnicama. Na taj način prikaže se smještaj i veličina žlijezda slinovnica kao i mogućnost odgovora u izlučivanju sline nakon primjene vitamina C.

Scintigrafija slinovnica je dijagnostička metoda prikaza morfologije parenhima slinovnica kao i prikaz funkcijskog stanja slinovnica

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 pretraga će bit učinjena samo 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.

Izlučivanje aktivnost koja se nakupi u parenhimu slinovnica može se pospješiti korištenjem bombona / žvakaće gume nakon slikanja .

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 slinovnica .

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 morfologije i funkcijskog stanja žlijezda slinovnica

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 objašnjenog, a razlozi istoga će mi nakon zahvata biti objašnjeni.

Datum: _____

Potpis pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika ili skrbnika: _____