Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/32
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ZA POMOCĄ RADIOSYNOWEKTOMII (^{90}Y, ^{169}Er, ^{186}Re)	Wydanie II z dnia 21.02.2021r.
		Strona 1 z 2

INFORMACJA DLA PACJENTÓW LECZONYCH ZA POMOCĄ RADIOSYNOWEKTOMII (^{90}Y, ^{169}Er, ^{186}Re)

Termin leczenia izotopowego ..... .

Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany(na) o terminie leczenia izotopowego oraz skutkach ubocznych.

W przypadku rezygnacji z wyznaczonego terminu leczenia izotopowego zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia o tym co najmniej 7 dni przed wyznaczonym terminem pod nr telefonu l6 677 5246 (5249) oraz pisemnie na adres:

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu
Zakład Medycyny Nuklearnej
ul. Monte Cassino 18
37-700 Przemyśl.

Niezachowanie w/w procedury skutkuje obciążeniem kosztami zakupu izotopu wg obowiązującego cennika w Szpitalu.

Radiosynowektomia(za pomocą koloidalnych roztworów ^{90}Y, ^{169}Er, ^{186}Re, jest metodą terapeutyczną stosowaną w celu zwalczania miejscowych zmian zapalnych stawów zajętych procesem chorobowym, a zwłaszcza dolegliwości bólowych oraz w celu zapobieżenia deformacji stawów.

Przeciwwskazaniem do stosowania tej metody terapeutycznej jest ciąża, karmienie piersią, miejscowe infekcje skórne i stawów. W ciągu 4 miesięcy po zastosowanym leczeniu pacjentki powinny unikać zachodzenia w ciążę. Terapia zalecana jest u osób dorosłych powyżej 30 - go roku życia.

Substancja lecznicza podawana jest w dostawowej iniekcji, która wykonywana jest w znieczuleniu miejscowym. Dodatkowo podawany jest preparat sterydowy w celu zmniejszenia odczynu zapalnego. Leczony staw powinien pozostać w unieruchomieniu na około 48-72 godzin po iniekcji radiokoloidu.

Efekt terapeutyczny (zmniejszenie lub ustąpienie dolegliwości bólowych w leczonym stawie) następuje po okresie 14 dni (do I miesiąca). Bezpośrednio po iniekcji może wystąpić przejściowe zaostrzenie dolegliwości bólowych.

Substancja radioizotopowa wydalana jest śladowo przez układ moczowy (największe ok. 2 dni po iniekcji). Z tego względu wskazane jest w ciągu pierwszego tygodnia przestrzeganie następujących zaleceń:

- przestrzeganie zasad higieny osobistej, w tym dokładne mycie rąk, spłukiwanie muszli klozetowej 2-3 krotnie, częsta zmiana bielizny, pranie oddzielnie bielizny w tym okresie.

Radiosynowektomia sporadycznie daje objawy uboczne. Występują one pod postacią podwyższonej temperatury ciała, reakcji alergicznej tkanek miękkich okolicy stawów, bolesności okolicznych węzłów chłonnych, zasinienie powłok skórnych, infekcji.

Wskazane jest przestrzeganie wizyt kontrolnych wyznaczonych przez lekarza Zakłady Medycyny Nuklearnej i Poradni Ortopedycznej (lub w zależności od ośrodka kierującego).

…… ……..

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……

Podpis odbierającego oświadczenie

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	**Formularz**	**F- PM – 3/32**
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ZA POMOCĄ RADIOSYNOWEKTOMII (^{90}Y, ^{169}Er, ^{186}Re)	**Wydanie II z dnia 21.02.2021r.**
		Strona 2 z 2

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

……

PESEL ……

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i niebudzący żadnych wątpliwości.
Wyrażam zgodę na stosowanie leczenia za pomocą radiosynowektomii.
Dotyczy kobiet - Oświadczam, że jestem/nie jestem * w ciąży.

……. …….
Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……
Podpis lekarza

Oświadczam, że zostałem dostatecznie poinformowany o ewentualnych skutkach mojej decyzji i nie wyrażam zgody na leczenie za pomocą radiosynowektomii.

……. …….
Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……
Podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.