**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)**

**s perfuzní scintigrafií myokardu (SPECT)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pacient/ka – jméno a příjmení: |  | Rodné číslo (číslo pojištěnce): |  |
| Datum narození:(není-li rodné číslo) |  | Kód zdravotní pojišťovny: |  |
| Adresa trvalého pobytu pacienta/ky:(případně jiná adresa) |  |
| Jméno zákonného zástupce (opatrovníka): |  | Rodné číslo: |  |

|  |
| --- |
| **Název výkonu** **Perfuzní scintigrafie myokardu (SPECT)** |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu** Cílem vyšetření je posoudit prokrvení srdeční svaloviny a výkonnost srdečních komor. |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu** Jde o diagnostické vyšetření spojené s nitrožilní aplikací látky značené radioaktivním izotopem s krátkým poločasem rozpadu, toto radiofarmakum se většinou aplikuje při zátěži, u některých pacientů provádíme pouze klidové vyšetření (rozhodne lékař). Zatížení se provádí fyzicky pomocí bicyklové ergometrie (test na kole). V případě, že nemůžete podstoupit vyšetření na bicyklu, nebo pokud by byl jeho výsledek nedostatečný, pak alternativou je farmakologický typ zátěže, tedy navození stavu vyššího prokrvení srdečního svalu podáním příslušných léků (dipyridamol nebo dobutamin). Následuje snímání dat na scintilační kameře (SPECT), u většiny pacientů je nutné doplnit vyšetření za klidových podmínek.  |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**Posouzení prokrvení srdeční svaloviny a výkonnost srdečních komor je důležité pro diagnostiku ischemické choroby srdeční (ICHS) a posuzování její prognózy (rozhodování o tom, kteří pacienti mají podstoupit koronární intervenci, chirurgické řešení nebo medikamentózní léčbu). Vyšetření přispívá také k posouzení viability (životaschopnosti) jednotlivých okrsků srdečního svalu. |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**Není. |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu**Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**Pokud nedojde ke komplikacím během zátěžového testu, výkon nebývá spojen s pravidelně se vyskytujícími nežádoucími následky. |

|  |
| --- |
| **Propouštěcí informace po podání radiofarmaka**Váš pobyt s rodinnými příslušníky není z důvodu radiační zátěže omezen (je vhodné oddálit - v řádu několika hodin - kontakt s dětmi a těhotnými ženami). V případě inkontinentních, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiá­ly skladovat 48 hodin v igelitovém pytli mimo obytné prostory (např. ve sklepě, garáži) a poté lze materiál vyhodit nebo vyprat. |

**Souhlas:**

|  |
| --- |
| ***Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jste těhotná? | ANO | NE |
| Kojíte? | ANO | NE |
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny. | ANO | NE |

|  |
| --- |
| **Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:** |
| * že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.
 | ANO | NE |
| * že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.
 | ANO | NE |
| * že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč…) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.
 | ANO | NE |
| - že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb. | ANO | NE |
| - že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem. | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Hodina | Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu | Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) pacientovi informaci o indikacích a kontraindikacích vyšetření | Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) pacientovi informaci o indikacích a kontraindikacích vyšetření | Datum | Hodina |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**  |
|  |
| **Jak pacient projevil svou vůli:** |
|  |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum | Hodina |
|  |  |  |  |