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

**s CT vyšetřením (výpočetní tomografie) koronárního kalciového skóre**

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

|  |
| --- |
| **Název výkonu**  **CT vyšetření (výpočetní tomografie) koronárního kalciového skóre** |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu**  Kalciové skóre vytváří představu o vychytávání Ca++ iontů v aterosklerotických plátech koronárního řečiště. |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**  Vyšetření je nebolestivé, trvá 5-10 minut.  Vlastní vyšetření je prováděno vleže na motoricky ovládaném pohyblivém stole, který se posunuje do vyšetřovacího kruhového tunelu přístroje.  Při vyšetření je pro získání kvalitních výsledků nezbytně nutná spolupráce ve smyslu naprostého pohybového klidu, spojeného se zadržením dechu na dobu nezbytně nutnou. |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**  Kalciové skóre může přispět k posouzení rizikovosti nemocných v rámci budoucích dopadů koronární nemoci. Může přispět ke stratifikaci rizika zejména u nemocných s kumulací známých rizikových faktorů aterosklerózy či dalšího vývoje koronární nemoci. |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**  Není jiná alternativa. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**  Nejsou žádná rizika. |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu**  Výkon není spojen s nežádoucími následky. |

**Souhlas:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Byla jsem informována lékařem o nutnosti oznámit těhotenství. | ANO | NE |
| Byl jsem srozumitelně informován o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit. | ANO | NE |
| Byl jsem informován 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 jsem informován o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem 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 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 příjmení lékaře(ky),**který(á) podal(a) informaci | **Podpis lékaře(ky),**který(á) podal(a) informaci |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |  |