



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s perfuzní scintigrafií myokardu (SPECT)

Pacient/ka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
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). Zátěž 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 (IČHS) 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