

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s CT vyšetřením (výpočetní tomografie) koronárního kalciového skóre

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
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