

INFORMOVANÝ SOUHLAS – s poskytnutím zdravotních služeb / výkonů Zátěžová scintigrafie myokardu – diagnostický výkon

Jméno a příjmení pacienta/pacientky ¹	Rodné číslo
Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka ² - u zák. zástupce příbuzenský vztah	

- 1. Popis, účel a předpokládaný přínos výkonu. Příčina a původ nemoci (je-li znám), stadium, předpokládaný vývoj:**

Účelem tohoto výkonu je posoudit prokrvení svaloviny levé srdeční komory a její výkonnost v zátěžových podmínkách. Výkon se ve většině případů pro srovnání doplňuje vyšetřením v klidu. Na základě výsledků lze s vysokou spolehlivostí zjistit či vyloučit poruchu prokrvení srdce a naplánovat další léčebný postup.
- 2. Rizika obecně spojená s výkonem, rizika spojená s osobou pacienta vzhledem k jeho věku, předchozím zdravotním komplikacím, souběžným chorobám apod., naléhavost výkonu, možnost jeho odložení, příp. rizika spojená s odkladem:**

Během zátěžového testu se mohou objevit stejné potíže jako při srovnatelné fyzické námaze v běžném životě, například únava, dušnost, bolest na prsou, bolest hlavy, bolesti pohybového aparátu, změny krevního tlaku, srdeční frekvence, nevolnost atd. tyto příznaky většinou rychle zmizí po ukončení námahy či po uložení na lůžko. V případě déletrvajících nežádoucích účinků u farmakologické zátěže se k jejich léčbě nitrožilně podává lék syntophyllin. Vzácně může dojít ke komplikacím, které vyžadují hospitalizaci a léčbu metodami intenzivní medicíny. Radiační zátěž (ozáření ionizujícím zářením) z tohoto výkonu je srovnatelná se zátěží při běžných radiologických (rtg) vyšetřeních. **Ženy v reprodukčním věku informujte nás o eventuálním těhotenství či kojení!**
- 3. Možné alternativy výkonu, jejich výhody a nevýhody, možnost volby alternativy:**

Toto vyšetření prakticky **jako jediné** při malé invazivnosti umožňuje velmi přesné a komplexní posouzení kvality prokrvení a funkce levé srdeční komory. Jen **částečně** ho mohou nahradit jiné vyšetřovací metody (ECHO, CT), kterým eventuelně po konzultaci s Vaším ošetřujícím lékařem můžete dát přednost.
- 4. Možné omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu a s případnými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti:**

V souvislosti s výkonem nebudete omezeni v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, nedejde ke změně zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti. Pro styk s veřejností a rodinnými příslušníky nejsou nutná žádná zvláštní opatření, obecně je však vhodné v den vyšetření omezit osobní styky na nezbytnou dobu, a to především s dětmi a těhotnými ženami.
- 5. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrol, případně další potřebné léčbě:**

¹ Vlepit štítek nebo vepsat.

² Nehodící se škrtněte.

Léčebný režim, preventivní opatření, kontrola, případně další léčba je podle Vašeho ošetřujícího lékaře a diagnostického výkonu se netýká.

6. Poučení o typu anestezie:

U tohoto typu vyšetření se anestezie nepoužívá.

7. Implantované zdravotnické prostředky:

Evidence použitých zdravotnických prostředků je vedena samostatně ve Vaší zdravotnické dokumentaci.

Pacient/pacientka (zákonný zástupce/opatrovník):

1. Přečtěte si pozorně tento informovaný souhlas vysvětlující podstatu navrhovaného výkonu.
2. Pokud jste plně nerozuměl/a vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) byl poučen o svém právu klást doplňující otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženým zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli, a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních výkonů, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. Bere na vědomí, že zdravotní výkon nemusí být proveden ošetřujícím lékařem. Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) prohlašuje, že podaným informacím rozumí, nemá žádné otázky ani nejasnosti a vyslovuje svůj svobodný a informovaný souhlas s uvedenými zdravotními výkony. Současně prohlašuje, že na všechny otázky obdržel srozumitelnou odpověď a vyslovuje souhlas s provedením dalších zde neuvedených výkonů, bude-li to potřebné pro ochranu života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

Podpis pacienta/pacientky případně zákonného zástupce/opatrovníka ³	V Jilemnici dne: _____ v _____ hodin
Jméno, příjmení (jmenovka) a podpis lékaře	V Jilemnici dne: _____ v _____ hodin

Pacientovi/pacientce bránily v podpisu tohoto informovaného souhlasu tyto důvody:

.....

Svou vůli projevil/a takto:

Pacient/pacientka se nemohl/a osobně vyjádřit

Svědék , který byl přítomen projevu vůle k souhlasu – jméno a příjmení	Podpis	V Jilemnici dne: _____ v _____ hodin

³ Nehodící se škrtněte.