



Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Druh výkonu: DOBUTAMINOVÁ ZÁTĚŽOVÁ ECHOKARDIOGRAFIE

Informace pro pacienta/pacientku:

Vážená pacientko, paciente,
bylo Vám navrženo provedení ZÁTĚŽOVÉ ECHOKARDIOGRAFIE.

Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu:

DOBUTAMINOVÁ ZÁTĚŽOVÁ ECHOKARDIOGRAFIE je vyšetření funkce srdce spojené s podáním léku „Dobutamin“, který způsobí zvýšení srdeční činnosti a umožní hodnocení adaptace srdce na zátěž. Vyšetření umožňuje přímé zhodnocení funkce myokardu v zátěži či průtoku krve jednotlivými srdečními chlopněmi.

K vyšetření přichází pacient řádně připraven – může pít tekutiny a alespoň 4h nenajedený. Je možné, že budete požádáni, abyste v rámci přípravy na vyšetření vysadili některé léky (typicky tzv. betablokátory). Bude vám zavedena periferní žilní kanylka.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem:

- Arytmie – obvykle odezní po ukončení vyšetření.
- Zvracení, nauzea – odezní po skončení vyšetření.
- Oběhové zhroucení (velmi málo pravděpodobné) – budou provedeny úkony nezbytné k zajištění orgánových funkcí.

Alternativní vyšetření:

Jiné srovnatelné vyšetření je dostupné pouze v jiném zdravotnickém zařízení – např. radio-izotopové vyšetření srdce či magnetická rezonance srdce či selektivní koronarografie.

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po provedení zdravotního výkonu:

Relativní klid po dobu asi jedné hodiny od ukončení vyšetření.

Prohlašuji,

- že jsem byl/a poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,
- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,
- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,
- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležitě odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta/pacientky (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem/pacientkou:.....

Podpis lékaře:..... datum:.....