



**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
з перфузійною сцинтиграфією міокарду (ОФЕКТ)**

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Особистий ідентифікаційний номер:

Назва процедури

**Перфузійна сцинтиграфія міокарду (ОФЕКТ)
Perfuzní scintigrafie myokardu (SPECT)**

Мета процедури

Ціль діагностики є оцінити кровопостачання серцевого м'язу та продуктивність шлуночків серця.

Характер процедури

Це діагностичне обстеження, пов'язане з внутрішньовенним введенням речовини, позначеної радіоактивним ізотопом з коротким періодом напіврозпаду. Цей радіофармпрепарат зазвичай застосовують під час фізичних навантажень, у деяких пацієнтів ми проводимо лише обстеження в стані спокою (за рішенням лікаря). Навантаження виконується фізично за допомогою велоергометрії (велотест). Якщо ви не можете пройти тест на велосипеді, або якщо результат недостатній, то альтернативою є фармакологічний тип стресу, тобто викликання стану підвищеного припливу крові до серцевого м'язу шляхом введення відповідних препаратів (дипіридабол або добутамін). Далі йде збір даних в гамакамері. Більшість пацієнтів потребують додаткового обстеження в стані спокою.

Очікуваний результат від процедури

Оцінка перфузії серцевого м'язу та роботи шлуночків має важливе значення для діагностики ішемічної хвороби серця (ІХС) та оцінки її прогнозу (вирішення того, яким пацієнтам слід провести коронарне втручання, хірургічне втручання чи медикаментозне лікування). Обстеження також сприяє оцінці життєздатності окремих ділянок серцевого м'язу.

Альтернатива процедури

Немає.

Можливі ризики обраної процедури

Променеве навантаження, пов'язане з цим обстеженням, подібне до більшості методів променевої діагностики.

Наслідки процедури

Якщо під час тесту не виникли ускладнення, то зазвичай наслідки не пов'язані з регулярними побічними ефектами.

Інформація про вихід після радіофармацевтичного введення

Ваше перебування з членами сім'ї не обмежене через радіаційне навантаження (але бажано відкласти на кілька годин контакти з дітьми та вагітними жінками). У разі нетримання сечі, рвоти тощо необхідно зберігати забарвлені пелюшки або інші матеріали протягом 48 годин у поліетиленовому пакеті поза житловим приміщенням (наприклад, у підвалі, гаражі), а потім матеріал можна викинути або випрати.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Ви вагітні?	TAK	NI
Годуєте грудьми?	TAK	NI

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	ТАК	НІ
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Я зрозумів весь виклад та інформація, яку мені повідомив медичний працівник та пояснив. У мене була можливість поставити додаткові запитання, на які відповів мій медичний працівник.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:		
- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ
- Погоджуюсь із присутністю студентів та стажерів при наданні медичної допомоги.	ТАК	НІ
- Погоджуюсь із тим, щоб студенти та стажери ознайомлювались з медичною документацією, яка стосується мене, лише в необхідному обсязі та на основі уповноважень, встановлених медичним працівником.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище уповноваженого медичного працівника, який надав інформацію про підготовку та хід процедури	Підпис уповноваженого медичного працівника, який надав інформацію про підготовку та хід процедури

Прізвище та ім'я лікаря, який надав пацієнту інформацію про показання та протипоказання до обстеження	Підпис лікаря, який надав пацієнту інформацію про показання та протипоказання до обстеження	Дата	Час

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:			
Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година