



Klinika nukleární medicíny a endokrinologie 2. LF UK a FN Motol  
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM VYŠETŘENÍ – PERFÚZNÍ SPECT MYOKARDU PO FARMAKOLOGICKÉ ZÁTĚŽI DIPYRIDAMOLEM (ZÁTĚŽOVÉ VYŠETŘENÍ PROKRVENÍ SRDEČNÍHO SVALU S POUŽITÍM LÉKU DIPYRIDAMOL)

### 1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

- ischemická choroba srdeční

### 2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Perfúzní SPECT myokardu po farmakologické zátěži dipyridamolem je vyšetření, které dovoluje posoudit prokrvení srdeční svaloviny a (nebo) výkonnost srdečních komor za zátěžových podmínek. Zatížení je možné provést různými způsoby: nejběžnější je bicyklová ergometrie (test na kole). V případě, že nemůžete podstoupit vyšetření na bicyklu, nebo pokud by byl jeho výsledek nedostatečný, používá se farmakologický typ zátěže, tedy navození stavu vyššího prokrvení srdečního svaly podáním léků, nejčastěji dipyridamolu. Dipyridamol v injekční formě dnes do České republiky dodává firma Boehringer Ingelheim pod názvem Persantin Ampoules 10 mg/2 ml Solution for Infusion. Jde o preparát, který t.č. není v České republice registrován a každé jeho použití nutno ohlásit na Státní ústav pro kontrolu léčiv.

**Před vlastním podáním** Persantinu je nutné potvrdit lékaři, že jste dodržel (a) všechny pokyny stran užívání léků a diety, které Vám byly v písemné formě předány při objednání vyšetření a upřesnit vyšetřujícímu lékaři tyto údaje:

- o současném těhotenství
- o kojení
- alergii
- onemocnění srdce, tzn. nedávný akutní infarkt myokardu, bolesti u srdce v klidu, poruchy srdečního rytmu, srdeční selhání, onemocnění srdečních chlopní
- o krevním tlaku, zda nedošlo v poslední době k jeho poklesu z neznámé příčiny
- zda jste měl (a) mrtvici nebo přechodnou cévní příhodu mozkovou
- zda trpíte astmatem
- jaké berete léky, zvláště ty, které ovlivňují krevní tlak, krevní oběh a srážení krve
- zda se léčíte pro myasthenia gravis
- zda berete Persantin v tabletách
- zda jste vysadil (a) kávu a čaj nejméně 24 hodiny před vyšetřením.

Persantin je podáván naředěn pomalou injekcí do žíly po dobu 4 minut, poté se podá stejnou cestou malé množství radioaktivní látky. Test se provádí na kardiologickém pracovišti pod vedením kardiologa a pacientovi je monitorován krevní tlak, pulz a EKG.

Po ukončení testu se vrátíte na ambulanci kliniky nukleární medicíny a endokrinologie. Za 30 minut po provedení testu je vhodné se najíst a dostatečně napít. Můžete již vše, i čaj a kávu. Za cca 50 až 60 minut bude provedeno vlastní vyšetření k posouzení prokrvení srdeční svaloviny na scintigrafické kameře, kde budete ležet asi 20 minut bez hnutí se vzpaženou levou horní končetinou.

Vyšetření je vždy spojeno s aplikací malého množství radioaktivní látky do žíly, radiační zátěž patří do kategorie nižší až střední radiační zátěže a nevyžaduje žádná speciální hygienická opatření.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Mezi rizika plynoucí z výkonu patří zejména: bolesti na hrudi, bolesti hlavy, nevolnost, změny krevního tlaku, poruchy srdečního rytmu, velmi vzácně i závažného charakteru, velmi vzácně akutní infarkt myokardu, velmi vzácně cévní příhoda mozková, alergická reakce – zčervenání, kopřivka, otok, porucha činnosti cév, zúžení hrtanu, zúžení průdušek, velmi vzácně anafylaktický šok.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

Perfúzní SPECT myokardu po farmakologické zátěži adenosinem – princip farmakologické zátěže je stejný, výhodou je velmi krátký biologický poločas, tedy vedlejší účinky adenosinu trvají kratší dobu, nevýhodou je jeho vysoká cena.

**5. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

*Předpokládaná doba hospitalizace:*

- 0 (vyšetření je prováděno ambulantně)

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):*

- 0 dnů

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:*

- injekce Vám nebrání v čemkoliv, co jste provozovali dosud
- dipyridamol nemá žádný vliv na Vaši schopnost řídit automobil či používat stroje

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*

- v souvislosti s vyšetřením se nepředpokládají

**6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):**

Nejsou.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis a jmenovka lékaře**

**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis pacienta<sup>\*</sup> /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumově a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.