**CONSENT FOR STRESS MYOCARDIAL PERFUSION STUDY/STRESS THALLIUM**

Your Company Logo

**CLINICAL INFORMED CONSENT**

I hereby give consent to undergo **Stress Myocardial Perfusion Study/Stress Thallium test** at the \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* (Your hospital/Centre name) and authorize Dr…………………………………………………... and such other physicians as may be assigned by him, the Technologists, the Nurse and other persons employed in or associated with the exercise laboratory to administer and conduct the exercise stress test. This test will measure my exercise capabilities, possibly determine the presence or absence of heart disease and/or help to evaluate the effectiveness of my current treatment. I understand that I will walk on a motor driven treadmill or be asked to lie on a table for pharmacological stress. During the performance of physical activity my electrocardiogram will be monitored, and my pulse, blood pressure will be measured at periodic intervals. The degree of exercise will be progressively increased until I attain a predetermined end point, corresponding to maximal or sub-maximal exercise stress, become distressed in any way, or develop any abnormal response the physician considers significant, whichever occurs first. In addition, I understand that I may ask that the test discontinued at any time.

I consent to the intravenous injection of a radio-pharmaceutical for Nuclear Medicine studies and understand that radiation exposure is in the acceptable range. Every effort will be made to conduct the test in such a way as to minimize risk (approximately 2 to 3 per 10,000) associated with an exercise test. These include episodes of dizziness, fainting, chest discomfort, leg cramps and a very rarely strokes, heart attacks or sudden death. I further understand that the laboratory is properly equipped for such situations and that its professional personnel are trained to administer emergency care. I voluntarily accept the risk associated with the above procedure and I have asked all of the question which I thought were important in deciding whether or not to undergo the exercise stress test. I also authorize, request the consent to any diagnostic procedure, medical and/or surgical treatment that may be advisable or beneficial for my health should such become necessary during or after the exercise test.

 I CERTIFY THAT I HAVE READ AND FULLY UNDERSTOOD THE ABOVE CONSENT STATEMENT, THAT ALL OF MY QUESTIONS HAVE BEEN ANSWERED TO MY SATISFACTION, THAT ALL BLANKS REQUIRING INSERTION OR COMPLETION WERE FILLED IN PRIOR TO THE TIME OF MY SIGNATURE, AND THAT THIS CONSENT IS GIVEN FREELY, VOLUNTERILY AND WITHOUT RESERVATION.

Name of the Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of the Patient/Guardian/Relative: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In presence of the \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* (Your hospital/Centre name) Staff (Name & Signature):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Your company Logo

क्लिनिकल सूचना सहमति

स्ट्रेस मायोकार्डियल परफ्यूशन स्टडी / स्ट्रेस थैलीयम के लिए सहमति

मैं, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* (Your hospital/Centre name) की एक इकाई, में स्ट्रेस मायोकार्डियल परफ्यूशन स्टडी / स्ट्रेस थैलीयम के लिए सहमति देता/ देती हूं और डॉ....................................................... और उनके सहायको जैसे टेक्नोलॉजिस्ट, नर्स, व्यायाम प्रयोगशाला में कार्यरत या संचालन से जुड़े अन्य व्यक्ति को अधिकृत करता/ करती हूं कि मेरा /मेरी स्ट्रेस परफ्यूशन परीक्षण करे। यह परीक्षण मेरी व्यायाम क्षमताओं को मापता है, संभवतः दिल की बीमारी की उपस्थिति या अनुपस्थिति को निर्धारित करता है और / या मेरे वर्तमान उपचार की प्रभावशीलता का मूल्यांकन करने में मदद करता है। मैं समझता हूं कि मैं मोटर चालित ट्रेडमिल पर चलूँगा/ चलुंगी या फार्माकोलॉजिकल स्ट्रेस के लिए टेबल पर लेटना होगा । शारीरिक गतिविधि के दौरान मेरे इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम की निगरानी की जाएगी, और मेरी नाड़ी, रक्तचाप आवधिक अंतराल पर मापा जाएगा। व्यायाम की डिग्री तब तक बढ़ेगी जब तक कि मैं पूर्व निर्धारित या पूर्व-अधिकतम व्यायाम का अंत बिंदु प्राप्त नहीं करता या किसी भी तरह की परेशान होने पर, या चिकित्सक को महत्वपूर्ण लगता है, इनमे से जो भी पहले होता है, या किसी भी असामान्य प्रक्रिया मे बंद किया जा सकता है। इसके अलावा, मैं समझता हूं कि मेरे कहने पर  भी यह परीक्षण किसी भी समय बंद हो सकता है ।

परमाणु चिकित्सा अध्ययनों के लिए एक रेडियो-फार्मास्यूटिकल के अंतःशिरा इंजेक्शन के लिए मैं सहमत हूं और समझता/ती हूं कि विकिरण एक्सपोजर स्वीकार्य सीमा में है। इस अभ्यास परीक्षण से जुड़े जोखिम (लगभग 2 से 3 प्रति 10,000) को कम करने के लिए हर संभव प्रयास किया जाएगा। इस तरह के परीक्षण में परीक्षण के दौरान चक्कर आना, बेहोशी, छाती में असुविधा, पैर की ऐंठन और बहुत ही कम स्ट्रोक या दिल के दौरे के एपिसोड या अचानक मौत शामिल हैं। मैं आगे समझता/ती हूं कि प्रयोगशाला ऐसी स्थितियों के लिए उचित रूप से सुसज्जित है और इसके पेशेवर कर्मियों को आपातकालीन देखभाल के लिए प्रशिक्षित किया जाता है। मैं स्वेच्छा से उपर्युक्त प्रक्रिया से जुड़े जोखिम को स्वीकार करता हूं और मैंने उन सभी प्रश्नों को पूछा है जो मैंने सोचा है कि व्यायाम परीक्षण से संबंधित  है। मैं अधिकृत करता/ करती हूं कि, व्यायाम के दौरान या उसके बाद आवश्यक होने पर किसी भी नैदानिक ​​प्रक्रिया, चिकित्सा और / या शल्य चिकित्सा उपचार जो मेरे स्वास्थ्य के लिए सलाहदायक या फायदेमंद हो सकता है,  किये जाए ।

मैं प्रमाणित करता हूं कि मैंने उपरोक्त सहमति वक्तव्य को पढ़ लिया है और पूरी तरह से समझ लिया है, कि मेरे सभी प्रश्नों को मेरी संतुष्टि से उत्तर दिया गया है, और मेरे हस्ताक्षर के समय अनिवार्य रूप से भरने वाले सभी ब्लैंकों को पूरा किया गया था, और इसे स्वतंत्र, स्वेच्छा और किसी भी तरह के दबाव के बिना सहमति दी गई है।

रोगी का नाम:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तिथि:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

रोगी / अभिभावक / रिश्तेदार के हस्ताक्षर:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*(Your hospital/Centre name) स्टाफ की उपस्थिति में (नाम और हस्ताक्षर):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_