

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Defekografie

**Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována defekografie.

**Co je defekografie a jaký je její účel:**

Je to rentgenologická vyšetřující metoda, využívající ionizujícího záření, která umožňuje jako jediná dynamické zobrazení struktur pánevního dna a konečníku při vyprazdňování. Indikací jsou potíže pacientů s neúplným či obtížným vyprázdněním konečníku, samovolným odchodem stolice, s bolestí pánve, konečníku při stolici, výhřezy konečníku.

**Alternativy výkonu:**

Alternativa defekografie neexistuje.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Večer a ráno před vyšetřením čípek do konečníku k vyprázdnění.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Pacient se dostaví ráno na radiologické oddělení na lačno. V přípravné fázi vyšetření vypije 400ml zředěné baryové kontrastní látky, po cca 90 minutách si pacient obleče zelený plášť. V poloze na levém boku je mu do konečníku zavedena speciální stříkačka a tou je mu aplikována speciální kontrastní látka, podobné hustoty jako stolice. Poté je pacient posazen na kempinkové WC bokem k vyšetřovací stěně. Na pokyn lékaře se postupně vyprazdňuje. Vyšetření je zaznamenáno na rentgenové snímky a je pořízen DVD záznam.

**Možné komplikace výkonu:**

Jsou extrémně vzácné. Je možná drobná trhlinka svěrače konečníku při obtížném vyprazdňování s přechodným krvácením, které se spontánně zastaví. Spíše teoreticky je možné poškození konečníku zavedenou rourkou.

**Riziko spojené s ionizujícím zářením:**

Ionizující (rentgenové) záření ve formě dlouhodobého menšího i krátkodobého velmi intenzivního záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn, vedoucích k poškození struktur živé hmoty.

Negativní působení na plod, poškození kůže, oční čočky, poškození kostní dřevě, formy střevní, neuropsychické problémy a ve vysokých dávkách až nemoc z ozáření. Jedná se o postižení akutní i chronická. K těmto druhům postižení v radiodiagnostice nedochází nebo jen velmi vzácně v mírné formě, protože dávky ionizujícího záření používané při radiodiagnostických metodách jsou mnohonásobně nižší, tzv. podprahové.

**Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány.**

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Není žádný speciální. Jen přechodně bude mít pacient bílou stolici.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Plánovaný výkon:**

<b>Defekografie</b>	
---------------------	--

**Vysvětlující pohovor provedli:**

--	--

identifikace a podpis indikujícího lékaře

identifikace a podpis radiologického laboranta,  
lékaře-radiologa

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.**

**Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.**

V Ostravě dne: .....

.....  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka