

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Endosonografie konečnicku

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 bylo lékařem indikováno ultrazvukové vyšetření konečnicku.

Co je ultrazvukové vyšetření:

Pomocí speciální sondy zaváděné do konečnicku v místním znečítlivění gelem Mesokainu, je prováděno vyšetření při nádorových, zánětlivých onemocněních konečnicku a při jejich komplikacích.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vyšetření indikuje chirurg, internista, onkolog, Váš ošetřující lékař indikuje toto vyšetření s cílem zjistit rozsah postižení konečnicku nádorovým onemocněním, jeho velikost, přítomnost postižených uzlin v blízkosti nádoru a tím zajistit zlepšení léčebné strategie pro onkologa, chirurga v léčbě Vašeho závažného onemocnění. Slouží i při kontrolách po operacích, k ozřejmění případného znovuobjevení onemocnění.

U zánětlivých postižení pak tímto vyšetřením zjišťujeme rozsah a velikost zánětlivých ložisek.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před vyšetřením se vyprázdníte doma pomocí roztoku Yal (recept na tento přípravek obdržíte u odesílajícího lékaře a přípravek si vyzvednete v lékárně) nebo v případě hospitalizace na lůžkovém oddělení očištěným nálevem.

Malé děti a neklidní pacienti jsou vyšetřeni v celkové anestézii či analgosedaci (za dohledu anesteziologa).

Jaký je postup při provádění výkonu:

Délka vyšetření je 10 - 30 minut.

Poloha: na zádech, na boku.

Jaké jsou možné komplikace:

Jsou vzácné. Je možná drobná trhlinka svěrače konečnicku s přechodným krvácením, které se spontánně zastaví. Spíše teoreticky je možné poškození konečnicku nebo perforace střeva zavedenou sondou.

Jaký je režim pacienta po výkonu:

Bez omezení či doporučení.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Endosonografie konečníku

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

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 informovala 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 nezatajila 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