

**Záznam o informovaném souhlasu s
provedením rektální endosonografie**

Jméno a příjmení klienta: _____

Identifikace (číslo pojištění): _____

Bydliště: _____

Vážená paní, vážený pane,
k zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl/a zodpovědně rozhodnout, informujeme Vás prostřednictvím tohoto záznamu a pohovorem s lékařem/kou o Vašem onemocnění, jeho prognóze, o možných způsobech léčby a jejich případných rizicích.

Popis a účel výkonu: Jedná se o ultrazvukové zobrazení stěny konečnicku a okolí sloužící ke zhodnocení viditelných chorobných změn. V případě potřeby je možný cílený odběr biopsie tenkou jehlou nebo zavedení drenů do ložisek tekutiny v malé pánvi.

Příprava před vyšetřením: Bezprostředně před vyšetřením nejíst a konečník vyprázdnit klyzmatem nebo glycerinové čípky. V případě plánované biopsie přes stěnu konečnicku jsou nutné aktuální laboratorní výsledky krevního obrazu a krevní srážlivosti (zajistí odesílající lékař)

Průběh vyšetření: Vyšetření probíhá v leže na levém boku. Zavedení ultrazvukové sondy předchází vyšetření konečnicku prstem. V indikovaných případech je konečník vyšetřen také endoskopicky. V případě tenkojehlového odběru vzorku tkáně nebo zavedení drenáže jsou dle zvážení lékaře podána antibiotika. V případě nutnosti (drenáž či biopsie skrz stěnu rekta) je vyšetření prováděno po podání nitrožilní injekce léku proti bolesti a ke zklidnění (analgesedace) nebo v celkové anestézii/narkóze.

Alternativa výkonu: Magnetická rezonance malé pánve (MRI) nebo počítačová tomografie malé pánve (CT)

Abychom snížili rizika na minimum, zodpovězte prosím pečlivě následující otázky: (správně zakroužkujte)

Absolvoval jste v minulosti vyšetření/výkon v sedaci/celkové anestézii?

NE ANO

Vyskytly se během tohoto zákroku komplikace (např. reakce na podané léky)?

NE ANO

Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních, nebo po vytržení zubu?

NE ANO

Trpíte přecitlivělostí vůči lékům, náplastím, potravinám, sennou rýmou?

NE ANO (kterým? vypište prosím)

Trpíte chronickým onemocněním (např. jater, ledvin, ischemickou chorobou srdeční, cukrovkou, zeleným zákalem, epilepsií)?

NE ANO (kterým? vypište prosím)

Jaké léky užíváte?

NE ANO (které? vypište prosím - hlavně léky na ředění krve Anopyrin, Godasal, Warfarin...,)

Užíváte někdy prášky na spaní?

NE ANO (které? vypište prosím)

Jste těhotná? NE

ANO

Prodělal/a/ jste nějakou operaci?

NE ANO (jakou? vypište prosím)

Doplňující otázky:

Pokud potřebujete ještě další informace, nezdáhejte se zeptat. Pacient měl následující dotazy:

Chování po vyšetření

Pokud dostanete uklidňující injekci, může dojít i na několik hodin k omezení Vašich reakcí. Po výkonu si odpočínáte v místnosti k tomu vyhrazené. Po zhodnocení celkového stavu budete propouštěni do domácí péče nebo dále hospitalizováni. Po dobu 12 hodin po výkonu nesmíte řídit automobil, obsluhovat stroje a zařízení, která vyžadují zvýšenou pozornost, pracovat ve výškách a vykonávat činnosti, při kterých nesmí být ovlivněno vědomí. Je vhodné si zajistit doprovod dospělou osobou. Ohledně event. změny dietního režimu Vás poučí lékař po vyšetření.

Prohlášení pacienta:

Prohlašuji, že jsem obdržel/a informace v plném rozsahu porozuměl/a.

Prohlašuji, že mi bylo lékařem/kou srozumitelně vysvětleno vše co s obsahem informovaného souhlasu souvisí.

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost klást doplňující otázky související s postupem/výkonem a že mi byly srozumitelně zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem informována a beru na vědomí, že předpokládaného výsledku uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti navrhovanou péči/výkon odmítnout.

Prohlašuji, že s navrhovanou péčí/konkrétním výkonem výslovně souhlasím a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Souhlasím, aby v případě neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, byly tyto provedeny.

Nezamřel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu, volbu a provedení zákroku nebo by mohly ohrozit jiné osoby.

Ve Strakonících dne:

Jméno, příjmení a podpis pacienta (nebo zákonného zástupce)

Identifikace a podpis lékaře

S ohledem na nemožnost projevit osobně písemný souhlas, potvrzuje tento souhlas pacienta svědek. Zdůvodnění a způsob projeveného souhlasu:

.....

podpis svědka