

Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby: **FISTULOGRAFIE**

Pacient/ka: _____ Rodné číslo: _____ ZP: _____
jméno, příjmení, titul

Zákonný zástupce, opatrovník:

Jméno, příjmení, titul: _____ Narozen/a: _____

Informující lékař: MUDr. _____
jméno a příjmení

Účel, povaha, předpokládaný přínos tohoto výkonu:

Na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil Váš ošetřující lékař provedení Fistulografie. Jedná se o výkon, umožňující zobrazení píštěle jejího vztahu k okolním strukturám za použití rentgenového nebo CT přístroje. Výsledek přinese další informace k posouzení dalšího léčebného postupu. Principem je postupný nástřik píštěle jodovou kontrastní látkou se současnou kontrolou na RTG nebo CT přístroji. Lékař radiolog nejprve zavede sterilní plastovou kanylu do zevního ústí píštěle. V dalším kroku aplikuje zavedenou kanylou kontrastní látku. Z výkonu je zhotovena rentgenová dokumentace, kterou hodnotí lékař radiolog. K vyšetření je zapotřebí žádanka vyplněná indikujícím lékařem a Váš písemný souhlas. U pacientek ve fertlím věku (15-50 let) je na žádance k vyšetření nutná informace o vyloučení gravidity s vlastním podpisem pacientky. Písemný výsledek vyšetření obdrží Váš vyšetřující lékař ve stanovené lhůtě.

Předpokládané důsledky a následky výkonu, možná rizika spojená s tímto výkonem:

Vyšetření využívá ionizující záření rentgenového nebo CT (počítačová tomografie) přístroje. Důvod provedení fistulografie ve Vašem konkrétním případě Vám sdělil Váš ošetřující lékař, event. se informujte u lékaře radiologa před provedením vlastního vyšetření, aby vaše volba byla svobodná.

Informace o vlastním CT vyšetření a rizicích s ním spojených naleznete v samostatném informovaném souhlasu k CT vyšetření. O vlastní aplikaci jodové kontrastní látky rozhoduje lékař radiolog, na základě informací o důvodu vyšetření a požadované výtěžnosti. Rizika související s vlastní kontrastní látkou naleznete v samostatném Informovaném souhlasu. Jinak vlastní výkon fistulografie může znamenat lehké krátkodobé krvácení či výtok hnisu z vyšetřované píštěle. Vyšetřovanou oblast Vám po výkonu sterilně ošetříme.

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Po výkonu není potřeba dodržovat žádné preventivní opatření či režim, nebudete-li vyšetřujícím personálem upozorněn jinak.

Kontraindikace vyšetření:

Kontraindikace a rizika spojená s užitím kontrastní látky naleznete v samostatném Informovaném souhlasu. V indikovaných případech, kdy lékař radiolog zváží diagnostický přínos požadovaného vyšetření oproti rizikům spojeným z ozářením, je možno vyšetření provést vždy. Relativní kontraindikací je těhotenství, kde může dojít k radiačnímu riziku pro plod zejména u vyšetření v rozsahu mezi bránicí a stydkými kostmi. Proto předem informujte svého ošetřujícího lékaře i personál o vašem případném těhotenství.

Prohlášení pacienta / pacientky:

Byl/a jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. **Prohlašuji, že podaným informacím rozumím**, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Současně **vyslovuji souhlas** s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. **Beru na vědomí**, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích, dne: _____, v _____ hodin. **Podpis pacienta/pacientky:** _____

Podpis zák. zástupce, opatrovníka: _____

Podpis informujícího lékaře: _____

V případě, že se pacient / pacientka nemůže podepsat:

Prohlášení svědka, který byl projevem souhlasu přítomen. Jméno, příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatice, a.s., uvede se také adresa a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient/ka přede mnou projevil/a, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient/ka se nemůže podepsat z důvodu, že: _____

Pacient/ka projevil/a souhlas tak, že: _____

V Prachaticích, dne: _____, v _____ hodin. _____

podpis svědka