

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ENDOSONOGRRAFIE PROSTATY, KONEČNÍKU NEBO PÁNVE BEZ BIOPSIE

Vážený pane,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám doporučil ošetřující lékař provedení **endosonografie prostaty, konečnicku nebo pánve**. Podle právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativ (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

Příprava k výkonu.

Před plánovaným vyšetřením je nutno se vyprázdnit, nejlépe za pomoci speciálního roztoku (recept na tento přípravek obdržíte u indikujícího lékaře nebo lékaře praktického a přípravek si vyzvednete v lékárně). **Od půlnoci před výkonem nejezte.** Personál Vás před vyšetřením poučí, které části oděvu musíte sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla. Těsně před výkonem je vhodné se vymočit. Je nutné užít medikaci na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou). Lékaře provádějícího výkon upozorněte před vyšetřením na **alergii** (bude Vám podáváno lokální anestetikum). Pokud je Vám známa **porucha srážlivosti krve** či **užíváte-li léky proti srážení krve**, je nutno zajistit v součinnosti Vaším ošetřujícím lékařem v náležitém předstihu před výkonem úpravu srážlivosti krve a čerstvé laboratorní výsledky donést k samotnému výkonu (nesmí být starší 3 dnů). V případě **virového onemocnění jatera nemoci AIDS**, prosím, informujte ošetřující personál.

Průběh výkonu.

Zavedení sondy do konečnicku předchází vyšetření pohmatem. Sonda je jen nepatrně širší než prst vyšetřujícího. Pokud je řiť z nějakého důvodu užší, což bývá jen zcela výjimečně, je třeba přizvat anesteziologa. Endosonografie prostaty se u nás v naprosté většině případů provádí vleže na levém boku za pomoci speciální ultrazvukové sondy z dobře vyprázdněného konečnicku. Vyšetření obvykle trvá 10 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu.

Jejich pravděpodobnost je zcela minimální, ale metoda není zcela bez rizik. Úmrtí v souvislosti s výkonem je naprosto nepravděpodobné. Možné komplikace mohou být při zavedení sondy, ale jsou velmi řídké. Jedná se především o **krvácení z konečnicku** a **možnost perforace (proděravění) konečnicku**, což se děje naprosto výjimečně. Po zavedení sondy je již výkon nebolestivý nebo cítíte jen nepříjemný tlak. Popsané, zcela mimořádné komplikace si ale mohou si vyžádat hospitalizaci, krevní převody nebo i operační výkon.

Chování po výkonu, možná omezení.

Při nekomplikovaném vyšetření nejsou žádná omezení, pouze setrvejte ještě asi 20 minut ve zdravotnickém zařízení. Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

Radiodiagnostické oddělení**PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)**

- ✓ Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).
- ✓ Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).
- ✓ Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.
- ✓ Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.
- ✓ Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.
- ✓ Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.
- ✓ Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).
- ✓ Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)
- ✓ Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života. V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a, a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

V Plzni dne: v hod.

Pacient/ka: **rodné číslo**

Zákonný zástupce: příbuzenský vztah

Podpis pacienta/pacientky:

Lékař provádějící poučení
jmenovka, podpis

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen/schopna informovaný souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu:
(kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob)

.....
podpis zákonného zástupce nebo svědka