Gynekologicko-porodnické oddělení, tel: 577 552 910, fax. 577 552 990

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní,
na základě zhodnocení Vašeho zdravotním stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.
Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění, o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebnému postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientce:

Pacientka:_____
Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci):_____
Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientce, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byla pacientka (její zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient) ……..

Pacientka byla ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:
- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacientku,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v ní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ – GYNEKOLOGIE

Jedná se o vyšetření, které slouží ke zhodnocení funkce dolních močových cest, k objasnění příčin poruch Vašeho močení.

Účel výkonu:
Toto vyšetření přispěje k ozřejmění povahy funkčních poruch dolních močových cest.

Alternativy výkonu:
Adekvátní alternativa k tomuto vyšetření neexistuje.

Postup před výkonem:
K plánovanému výkonu přijdete dle objednání. Přineste si zprávu ošetřujícího lékaře a výsledek vyšetření moči.

Postup při provádění výkonu:
Vyšetření se zahajuje mikční cystometrií. Toto vyšetření spočívá v zavedení tenké cévky do močového měchýře. Přístroj měří tlakové parametry během plnění močového měchýře sterilní tekutinou. Cílem je zhodnocení všech měřitelných funkcí močového měchýře a močové trubice, jak během plnění měchýře tekutinou, tak následně během močení.

Správně provedené vyšetření pomůže diagnostikovat pravou příčinu potíží a umožní včasné zahájení odpovídající léčby. Poté následuje vyšetření uroflowmetrie /močení do improvizovaného WC/. Průměrná doba vyšetření je 45 min. Poté následuje zhodnocení výsledku měření urogynekologem.

Komplikace:
Po výkonu se může vyskytnout příměs krve v moči, pálení či řezání při močení, nucení na močení. Tyto obtíže by měly odeznít během několika dnů.

Další omezení, doporučení, preventivní opatření:
Nejsou nutná speciální opatření po zákroku

Záznam o poučení pacientky, jež byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byla poučena svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Dále prohlašuji, že jsem byla příslušným zdravotnickým pracovníkem poučena o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacientka v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

……

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu ……

……

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měla jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.
Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.
Zároveň jsem poučena o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.
Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilá pacientka (pacientka s omezenou svéprávností) k poskytnutí zdravotní služby vyslovila svůj názor …… (vyplní lékař).

Názor nezletilé pacientky (pacientky s omezenou svéprávností) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu …… (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

_____
Vlastnoruční podpis pacientky (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

_____
Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

_____
Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacientka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacientka projevila svou vůli a důvodů bránících pacientce ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.