

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

Kardiologické oddělení, Laboratoř funkční diagnostiky, tel.: 577 552 513

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního 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 léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient)

Pacient byl 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 pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní 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:

TRANSESOFAGEÁLNÍ (JÍCNOVÉ) ECHO VYŠETŘENÍ

Popis výkonu:

Transesofageální neboli jícnové echokardiografické vyšetření (dále TEE) se provádí v případech, kdy je ke stanovení diagnózy nutné detailní vyšetření srdce a kdy nelze získat dostatečně podrobné informace standardním echokardiografickým přístupem. Je tomu tak zejména u nemocných s umělými chlopněmi, při podezření na infekční endokarditidu (bakteriální zánět srdečních chlopní), k vyloučení nebo průkazu krevních sraženin v srdečních dutinách a u srdečních nádorů. Dále u nemocných, u kterých je vyšetření přes hrudní stěnu špatně hodnotitelné.

Popis výkonu:

Po místním znecitlivění se zavede do jícnu ultrazvuková sonda, pomocí které se provede samotné vyšetření.

Alternativa:

Jde o nejpřesnější ultrazvukové vyšetření srdce, všechny ostatní přístupy mají nižší diagnostickou výtežnost.

Možné komplikace:

Vyšetření je při dodržení správného postupu bezpečné a nebolestivé. Pacient před vyšetřením nesmí nejméně 6 hodin jíst ani pít, jinak je riziko zvracení a vdechnutí žaludečního obsahu co je velice nebezpečná komplikace. Velmi vzácně může dojít k poranění jícnu a ke krvácení – tyto komplikace jsme na našem pracovišti dosud (po dobu 10 let) nezaznamenali.

Další vzácnou komplikací je alergická reakce na anestetikum (látka používané ke znecitlivění sliznice). Proto každou známou alergii nahláste vyšetřujícímu lékaři. Všechny uvedené komplikace jsou při dodržení zásad bezpečnosti vzácné.

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Výkon se provádí na lačno, jíst je možno po odeznění místního umrtvení, to je asi za dvě hodiny.

Co se stane, když se výkon neprovede:

Bez TEE vyšetření je podstatně ztížená diagnóza a tím i léčba co může mít velmi vážné následky. Např. opoždění léčby infekční endokarditidy, anebo embolie /ucpání tepny/ např. v mozku, v případech nerozpoznaných sraženin v srdci, může mít trvalé i život ohrožující následky.

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

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen 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 pacient 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 měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl. Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsáno léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a 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.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (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 pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

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