

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

Interní oddělení, tel.: 577 552 512

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:

ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE

Endoskopická ultrasonografie je vyšetřovací metoda, která umožňuje prohlédnutí stěny horní části zažívacího traktu a okolních orgánů (především slinivky břišní) pomocí ultrazvuku ze zažívacího traktu.

Vyšetřovací postup:

Vyšetření se provádí nalačno, proto před ním nesmíte 6 hodin jíst a pít. Vyšetření není bolestivé, může být nepříjemné, proto dostanete před výkonem do žíly léky k navození lehkého útlumu (tzv. premedikace). Vleže na levém boku, Vám poté zavedeme ústy do jícnu, žaludku či dvanáctníku (podle cílového orgánu), endosonografický přístroj a vyšetříme požadovaný orgán. V průběhu vyšetření budete držet mezi zuby nebo dásněmi plastový kroužek, který přístroj chrání před poškozením.

Alternativy:

Vyšetření je mnohem přesnější než běžný ultrazvuk nebo počítačová tomografie a nelze je jiným nahradit.

Komplikace:

Vyšetření je bezpečné, absolutně bezrizikové však není. V cca 0,3 % může dojít k proděravění stěny zažívacího traktu koncem přístroje, s nutností operačního řešení. Teoreticky je možné vyvolání krvácení z rozšířených cév v horní části zažívacího traktu, ostatní komplikace jsou extrémně vzácné.

Chování po vyšetření:

Po vyšetření budete cca 15–30 min. odpočívat. V případě, že Vám byla podána premedikace, nesmíte po 24 hod. řídit motorová vozidla a vykonávat činnost, která vyžaduje pozornost. Odchod domů je možný jen v doprovodu jiné osoby. Jíst, pít můžete za 1 hod. po výkonu.

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Výkon se provádí nalačno. V případě, že Vám byla podána premedikace, nesmíte po 24 hod. řídit motorová vozidla a vykonávat činnost, která vyžaduje pozornost.

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.

Prohlašuji, že jsem pravdivě informoval ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o jiných nemocech, včetně infekčních, alergiích, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, především těch ovlivňujících krevní srážlivost a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

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 popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony. Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM,

aby údaje o mé osobě, zjištěné či pořízené při poskytování zdravotní péče, byly použity v anonymizované podobě k účelům vědeckým a publikačním.

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.

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