

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

Anální manometrie

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Anální manometrie : je vyšetření tlaků análních svěračů a schopnosti vyprazdňování konečníku. Proč anální manometrie: cílem tohoto vyšetření je měření tlaků svěračů konečníku. Naměřené hodnoty nám mohou být nápomocny k určení příčiny při inkontinenci, poruše vyprazdňování.

Příprava: spočívá ve vyprázdnění stolice před vyšetřením pomocí glycerinového čípku.

K měření se používá přes konečník zavedené tenká sonda (asi 6 mm silná), na jejímž konci je citlivá elektroda, která je připojena k vyhodnocovacímu přístroji. Vlastní vyšetření trvá asi 20 min.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace jsou vzácné, spočívající v lehkém podráždění análního svěrače.

Alternativy výkonu:

Alternativní metoda k tomuto vyšetření není dostupná. K posouzení ampuly rekta je možné provést jen RTG vyšetření defekačního reflexu.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Není zapotřebí dalších opatření po vyšetření.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Pacient je bez omezení.

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas.**

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

Datum a čas:

Datum a čas:

.....

.....

Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a

Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce

Případný svědek/svědci

.....

Podpis svědka/svědků

Jakým způsobem pacient/pacientka projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat

