IČP: ( )

Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a. s.
Zalužanského 1192/15
70300 Ostrava
IČ: 60793201

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Jméno a příjmení pacienta:	
Rodné číslo pacienta:	
Oddělení:	Centrum péče o zažívací trakt - Endoskopie
Zákonný zástupce:	
Rodné číslo zákonného zástupce:	

Typ výkonu

Anální manometrie

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

1. Účel výkonu a jeho průběh:
High resolution anální manometrie je specializované funkční vyšetření, které slouží k posouzení svěračů konečníku. Vyšetření je indikováno při inkontinenci stolice, chronické zácpě, bolestech konečníku, či jako vyšetření před zanořením stomie.

Příprava:
Před výkonem není potřebná speciální příprava. Pokud se pacient chce cítit komfortněji, může se vyprázdnit pomocí glycerinového čípku v den vyšetření. Pokud pacient užívá inhibitory cholinesterázy, (např. neostigmin, syntostigmin, aj.), je vhodné je vysadit alespoň 5 dní předem.

Průběh výkonu:
Na začátku vyšetření je pacient vyšetřen prstem přes konečník (per rectum vyšetření). Dále se k měření se používá tenká sonda (asi 6mm), na které se nachází tlaková a impedanční čidla. Sonda je napojena na vyhodnocovací přístroj. Zavádí se do konečníku vleže na boku. Vlastní vyšetření trvá asi 20 minut. Pacient je vyzván, aby podle pokynů lékaře svíral konečník nebo tlačil „na stolici ". Součástí může být i test expulze balónku (baloon expulsion test), kdy musí pacient vytlačit malý balónek naplněný tekutinou.

Záznam výkonu je nahráván a s odstupem zhodnocen lékařem. Bude součástí Vaší zdravotnické dokumentace. Anonymní záznam může být použit pro vědecké a studijní účely, včetně prezentací na odborných kongresech, nebo pro práce v odborných publikacích. Při prezentacích nebudou použity osobní údaje ani jiné informace, které by vedly k identifikaci Vaší osoby.

2. Možné alternativy výkonu:
Toto vyšetření nemá alternativu. K posouzení konečníku je možné provést RTG vyšetření, které ale neumožňuje získat adekvátní informace.

3. Rizika a možné důsledky výkonu:
Mohou nastat nepříjemné pocity v konečníku či lehké podráždění.

4. Možná následná omezení způsobu života:
Po vyšetření může pacient odejít bez omezení. Jedná se o ambulantní vyšetření.

5. Léčebný režim a preventivní opatření:

6. Informace o zavedení implantabilního zdravotnického prostředku:

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE / OPATROVNÍKA

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Anální manometrie

Dat. nar.: *Kód poj.:* *Č. poj.:*

dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny. V případě potřeby souhlasím také s podáním nezbytné transfúze krve nebo krevních derivátů.
Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

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

V
Datum a čas:

....

Podpis pacienta / zákonného zástupce *jmenovka, podpis lékaře*

Pacient se nemůže podepsat z těchto důvodů (např. úraz ruky):

Souhlas projevil takto:

Svědek (jméno, příjmení, popř. jmenovka, podpis):

.....
Podpis svědka/svědků