

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

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

### Endorektální sonografie

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

##### Účel výkonu a jeho průběh:

Endorektální sonografie : je vyšetření konečnicku a řitního svěrače.

Proč endosonografie: cílem tohoto vyšetření je přesné zobrazení pomocí ultrazvuku na konci rektální sondy, okolích tkání, svalů svěrače a patologií v této oblasti.

Provádí se u onemocnění jako píštěle v této oblasti, patologie při zánětech, abscesech, Crohnově chorobě a při TU rekta k posouzení prorůstání do okolí a k posouzení uzlinového sy. rekta.

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

##### Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace jsou vzácné a je to hlavně lehké podráždění konečnicku.

##### Alternativy výkonu:

Alternativní metoda k tomuto vyšetření je magnetická rezonance rekta.

Tato sonda se zavádí podobně jako rektoskop do konečnicku a sonograficky se zevnitř posuzuje svěrač a okolní struktury.

Alternativní metoda není dostupná.

##### Léčebný režim a preventivní opatření:

Po výkonu není třeba zachovávat zvláštní režim, výkon je převážně ambulantní.

##### Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Bez omezení. Po výkonu není třeba zachovávat zvláštní režim, výkon je převážně ambulantní.

#### 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

