INFORMOVANÝ SOUHLAS

FISTULOGRAFIE

Vážená paní, vážený pane,
Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) nezbytně vyžaduje provedení fistulografie (rentgenové zobrazení píštěle). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu
Důvod Vám byl sdělen indikujícím lékařem při návrhu vyšetření.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/ léčby
Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Příprava k výkonu
Při vyšetření je nepřípustné, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat doma šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla. Musíte upozornit předem na jakékoli cizí těleso uvnitř Vašeho těla (např. kovové kloubní náhrady, chlopně, stenty, kardiostimulátory a jiné implantáty). Tyto sice neohrožují při vyšetření Vaše zdraví nebo život, mohou však ztížit jeho provedení a vyhodnocení nálezu rentgenologem.
Dospělý pacient nemusí mít s sebou doprovod, ten vyžadujeme pouze u osob se sníženou zdravotní způsobilostí a dětí do 15 let. Můžete bez omezení použít vlastního motorového vozidla nebo prostředků hromadné dopravy. U dětí do 15 let a zdravotně hendikepovaných nemocných je nutný doprovod dospělé osoby, která je doprovodí na pracoviště a postará se o ně po vyšetření. Doprovod dítěte musí zajišťovat osoba, která je ochotna a schopna s dítětem setrvat ve vyšetřovně. Nesmí proto být těhotná.

Postup při výkonu
K vyšetření jste většinou objednán/a na přesně stanovený čas, na rentgenové pracoviště se dostavte přibližně 15 min. před stanovenou dobou. Tento čas je však pouze orientační, neboť vyšetřovací plán nemůže předem počítat s akutními vyšetřeními. Svůj odjezd proto neplánujte s předpokladem dodržení všech předem avizovaných časů.
O průběhu vlastního vyšetření budete podrobně informován indikujícím lékařem, orientačně pak ještě personálem rentgenového pracoviště bezprostředně před vyšetřením. Vlastní vyšetření většinou netrvá déle než 30 minut.
Při vyšetření Vám bude zavedena cévka do ústí píštěle. Do cévky bude aplikována jodová kontrastní látka a následně bude zhotovena rentgenová dokumentace. Pokud trpíte alergií na jodovou kontrastní látku, upozorněte na tuto skutečnost ještě před samotným vyšetřením.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu
Metoda využívá k vyšetření rentgenového záření. Dávka záření při fistulografii poněkud převyšuje dávku běžného rentgenového snímku téže oblasti těla. Na druhé straně diagnostický přínos tohoto vyšetření většinou mnohonásobně převyšuje výtěžnost běžného snímku. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. V případě těhotenství vyšetřované osoby může dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj.
Naprosto mimořádně hrozí možnost poranění okolí ústí píštěle při zavádění cévky. Pokud k takovýmto komplikacím dojde, bude Vám zabezpečeno ošetření na chirurgickém pracovišti. Mimořádně také může dojít k zavlečení infekce do kanálu píštěle. Pokud se u Vás s několikadenním zpožděním po výkonu objeví zarudnutí v okolí ústí píštěle, bolestivost v okolí píštěle či změna charakteru obsahu vytékajícího z píštěle neprodleně se obraťte na chirurgické pracoviště, nebo na pracoviště, kde Vám vyšetření bylo provedeno.

Chování po výkonu, možná omezení
Rentgenové pracoviště můžete po vyšetření opustit teprve se souhlasem personálu, který vyšetření provedl. Okamžitě informujte personál rentgenového pracoviště o jakýchkoli neobvyklých pocitech spojených s vyšetřením. Neváhejte se vrátit do zdravotnického zařízení, kde Vám bylo vyšetření provedeno, nebo vyhledat jiné zdravotnické zařízení v případě pozdních neobvyklých projevů. V některých velmi vzácných případech se doba čekání před pracovištěm po vyšetření může prodloužit až na několik hodin, nebo můžete být hospitalizován/a.
Výsledek vyšetření bude u ambulantních pacientů zaslán poštou indikujícímu lékaři nejdříve do 8 dnů od provedení vyšetření. Vyhodnocení nálezu je poměrně složitým úkonem, nevyžadujte proto sdělení výsledku ihned po vyšetření. Výjimkou jsou naléhavé stavy, o kterých rozhodne dohoda indikujícího lékaře a vyšetřujícího rentgenologa.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:
(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)
Pacient/ka je rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
Pacient/ka není rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Prohlášení indikujícího lékaře:
Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný.
Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

PROHLÁŠENÍ
Pacient prohlašuje, že mu byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace v souvislosti s provedení výkonu. Byly mu vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl také možnost zeptat se lékaře na všechno, co ho ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel vysvětlení, kterému porozuměl.

Lékařem byl též poučen o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

Tímto prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, že jsem všemu plně porozuměl/a a souhlasím s navrženým postupem.
Při výskytu neočekávaných komplikací, které vyžadují neodkladné provedení dalších úkonů a výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny.

Ve Stodě dne ..... v ……. hod.

Pacient/ka: ..... rodné číslo: .....

Zákonný zástupce: ..... příbuzenský vztah: .....

Podpis pacienta/pacientky: .....

Lékař provádějící poučení: .....

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen informovaný souhlas podepsat, z důvodu: .....

Způsob projevu souhlasu: ..... (kývnutím hlavy, gestem, očima, jiným způsobem)

Svědek: .....

Informace o možnosti a způsobu uplatnění svých práv v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováváním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů naleznete na www.stod.nemocnicepk.cz nebo v listinné podobě v sekretariátu ředitele.