

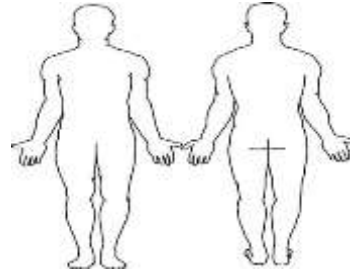
INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

Identifikační štítek

pacienta



Druh výkonu

Cystoskopie

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, vážený paciente, bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohli/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Zavedení cévky (ohebné či tuhé) s optikou močovou trubicí do močového měchýře. Provádí se diagnosticky – při mikroskopické či makroskopické příměsi krve v moči, při bolestech v oblasti podbřišku, při podezření na expanzivní proces v této oblasti.

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Přístrojem je postupně kompletně prohlédnuta močová trubice a močový měchýř, u mužů oblast prostatické uretry. Dle výsledku vyšetření následuje další postup léčby, event. operace.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

pálení, řezání při močení, bolesti v podbřišku, možnost příměsi krve v moči, event. Infekce močových cest až urosepsy, možnost operační revize při poranění močového měchýře

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Srovnatelná alternativa neexistuje, jinými metodami nelze spolehlivě nahradit toto vyšetření

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu, léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Omezení se odvíjí od možných komplikací, při nekomplikovaném výkonu bez nutnosti omezení a dalších opatření.

Při pálení při močení možné podání analgetik a zvýšený pitný režim.

Při makroskopické hematurii zavedení permanentní cévky a dle nálezu další postup.

Při infekci podávání ATB léčby.

Prohlašuji,

-že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,

-že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,

-že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,

-že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vysslovuji svůj svobodný** informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

-Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další **Y** dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:

Podpis lékaře:

Datum:
