

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdravotnické zařízení: Nemocnice Neratovice, ALMEDA, a.s., Alšova 462, tel: 315 637 111

Pracoviště:

Štítek pacienta:

Lékař, který poučení provedl:

Dnešního dne jsem byl(a) lékařem poučen(a) o zdravotním výkonu, který mi má být proveden:

ANOSKOPIE

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: Anoskopie je endoskopické vyšetření řitního kanálu a konečníku optickým rigidním přístrojem.

Nutná příprava: Bez přípravy

Alternativní metoda: v současné době není.

Zdravotní výkon bude probíhat takto: V poloze v kleku nebo na boku je zaveden endoskop do konečníku. Jde o vyšetření ambulantní. Je-li potřeba, bude Vám nabídnuta Barronova ligace (nasazení „kroužků“ na zvětšené hemoroidální uzly).

Byl jsem seznámen s tím, že po výkonu mohu mít bolesti, které budou tlumeny léky

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující **možné komplikace:** absolutní bezrizikovitost vyšetření nelze zaručit. Alergické, krvácivé komplikace či poranění přístrojem jsou zcela výjimečné.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením **anoskopie**.

Dále prohlašuji, že jsem si vědom(a), že výše uvedený výkon nemusí provádět lékař, který mne až dosud ošetřoval.

Souhlasím s tím, aby výkon provádějící lékař, v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, postupoval, jak uzná za správné, aby v nezbytném případě byl zároveň proveden i jiný výkon, než je uveden, bude-li to nezbytně nutné ze závažných medicínských důvodů a v zájmu mého zdraví (zdraví mého dítěte nebo zastupované osoby), nebude-li z akutních důvodů možné takový jiný výkon se mnou projednat.

Prohlašuji, že jsem lékařem sdělil(a) veškeré okolnosti týkající se mého zdravotního stavu (zdravotního stavu mého dítěte nebo zastupované osoby) a nezamlčel(a) jsem nic, co by mohlo negativně ovlivnit výsledek výše uvedeného výkonu.

V.....dne.....

.....
Vlastnoruční podpis pacienta

.....
Podpis lékaře, který poučení provedl

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:

Jako svědek prohlašuji, že pacient (zákonný zástupce) byl informován o skutečnostech výše zmiňovaných a s výše uvedenými skutečnostmi vyjádřil souhlas tímto způsobem:

Pacient (zákonný zástupce) se není schopen podepsat z těchto důvodů:

.....
jméno, příjmení, funkce, podpis zdrav. pracovníka