



INFORMOVANÝ SOUHLAS k jícnovému echu

Pacient:

RČ

Poj.:

Č. chor.:

A - Účel, důvod zákroku (vyšetření)

Jedná se o ultrazvukové vyšetření srdce a velkých cév, kterého nelze dosáhnout standardním ultrazvukovým vyšetřením z povrchu hrudníku. Vyšetření se provádí speciální ultrazvukovou sondou umístěnou na ohebném endoskopu (tenká hadice), který se zavádí do jícnu a horní části žaludku. U většiny pacientů podávám nitrožilně léky proti zvracení, případně léky pro celkové zklidnění. Pokud se provádí transesophageální echokardiografie ambulantně je nutný doprovod.

B - Pacientův stav vyžaduje následující zákrok (vyšetření)

jícnová (transesophageální) echokardiografie - vyšetření srdce ultrazvukem zavedeným do jícnu

C - Rizika zákroku (vyšetření)

(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření))

- srdeční arytmie
- poranění jícnu
- zvracení, vdechnutí zvratků
- alergická reakce
- riziko závažných komplikací je velmi nízké (okolo 1-2 promile)

D - Jiné relevantní možnosti léčby a jejich rizika

- nejsou

E - Další důležité informace ke snížení rizika komplikací (pokud ANO, označte, případně uveďte jaké)

F - Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací

- informovat zdravotnický personál o tom, zda trpíte onemocněním jícnu, srdeční vadou nebo alergií
- minimálně 6 hodin před výkonem nejíst, nepít, nekouřit
- pokud byla provedena lokální anestezie před vyšetřením, po zákroku 2 hodiny nejíst a nepít
- pokud byly podány léky na uklidnění nesmíte 12 hodin řídit motorová vozidla nebo vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost
- včasné informování zdravotního personálu o Vašich případných potížích zabrání rozvoji možných komplikací

G - Pacientův informovaný souhlas

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, které jsou s tímto zákrokem spojeny a s riziky, které jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky zákroku
- že jsem srozuměn s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj zdravotní stav zhoršit
- že jsem nezamlčel žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na zákrok
- že jsem měl(a) možnost přečíst si informační leták o účelu, povaze zákroku, jeho důsledcích, rizicích a alternativách.
- bylo mi umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ. Otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti
- že jsem srozuměn s tím, že zákrok může provést i někdo jiný než můj ošetřující lékař

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum: 11.12.2013

Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce:

H - Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Jméno lékaře:

Datum: 11.12.2013

 podpis lékaře