



## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU- VYŠETŘENÍ POLYKACÍHO AKTU A JÍCNU

Oddělení:

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:

Datum:

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta:

### 1. Údaje o povaze onemocnění a předpokládaném vývoji (prognóze):

Vyšetření polykacího aktu a jícnu je rentgenové vyšetření zobrazující hltan a jícen po perorálním příjmu (vypití) baryové kontrastní látky (KL). Vyšetření umožní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované oblasti.

### 2. Údaje o plánovaných postupech při léčbě včetně označení, zda tyto postupy mají nějakou alternativu:

Alternativou mohou být za určitých okolností endoskopické metody, CT a MR.

### 3. Údaje o účelu zdravotního výkonu a o tom, jak bude příslušný výkon probíhat:

Při tomto rentgenovém vyšetření je hltan a jícen plněn pitím kontrastní látky. Lékař radiolog za Vaší spolupráce (pijete kontrastní látku po doušcích podle jeho pokynů) sleduje postup KL a pořizuje obrazovou dokumentaci nutnou pro stanovení diagnózy.

### 4. Údaje o možných rizicích a důsledcích léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:

Možnou komplikací vyšetření je vdechnutí KL (kašel, dušnost, zápal plic), při skryté perforaci trávicí trubice je možnost uniku KL mimo trávicí trubici (může vyvolat zánět).

Nahlaste, prosím, všechny Vaše alergie včetně bronchiálního astmatu ošetřujícímu lékaři nebo ošetřujícímu personálu. Některé z nich mohou být rozhodující pro výběr KL nebo další premedikaci před vyšetřením.

Ženy v reprodukčním věku hlase těhotenství – je to kontraindikace k vyšetření.

### 5. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu:

Žádná omezení nejsou.

### 6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů:

Není žádný speciální režim po výkonu.


7. Pacient prohlašuje, že byl poučen o právu pacienta svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní předpisy toto právo nevylučují.

8. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že obdržel informace podle bodu 1-6 a těmto informacím porozuměl.

9. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že zdravotnický pracovník, který mu poskytl potřebné informace a poučení, mu osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl možnost klást mu doplňující otázky, na které mu bylo řádně odpovězeno.

10. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasí s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů.

11. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasí, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., Máchova 400, 256 30 Benešov, IČ: 27253236, <a href="http://www.hospital-bn.cz">www.hospital-bn.cz</a>		
Identifikační značka: Informační sdělení	Stránka 2 z 2	
Název: Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotního výkonu	Platnost od: 1.6.2021	

Bez souhlasu pacienta je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony:

- jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nich lze uložit povinné léčení
- jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí
- není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví
- jde-li o nosiče dle zvláštního předpisu.

.....  
Podpis zdravotnického pracovníka,  
který pacientovi informaci poskytl

.....  
Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Nemůže-li pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

Pro záznam o odvolání informovaného souhlasu pacientem nebo jeho zákonným zástupcem se použije přiměřené prohlášení o odmítnutí zdravotní péče.

Zákonný zástupce  
Jméno a příjmení:  
Datum narození:

Bydliště:  
Vztah k pacientovi: