



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ANOSKOPIE S PŘÍPADNÝM ODBĚREM VZORKU TKÁNĚ ČI S PODVAZEM VNITŘNÍCH HEMOROIDU/Ů (BARRONOVA LIGATURA)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto výkonu je vyšetření konečníku optickým přístrojem a případné odebrání vzorku tkáně a/nebo podvaz jednoho či více vnitřních hemoroidů. Žádný endoskopický výkon není zcela bez rizika. <u>Komplikace</u> po daném vyšetření se mohou výjimečně vyskytnout (krvácení, vznik řitní trhliny, trvalejší bolesti, zhoršená schopnost udržení stolice, dočasný pokles krevního tlaku během výkonu). Je nutné nás upozornit, máte-li sklon ke krvácení, jaké užíváte léky, zejména ty, které prodlužují krevní srážlivost a případně poukázat na proběhlé alergické reakce (např. po podání místního umrtvení při stomatologickém zákroku).	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Adekvátní alternativa shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu není.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Je vhodné před výkonem dostatečné vyprázdnění konečníku. Výkon je prováděn tak, že optický přístroj trubicového tvaru je zasouván řití do konečníku. Případný odběr vzorku tkáně (biopsie) se provádí bezbolestně drobnými klíšťkami. Při podvazu hemoroidů je do ligátoru (malá trubička s negativním tlakem a nasazeným elastickým kroužkem) nasát vnitřní hemoroid a přes jeho krček převlečen elastický úzký kroužek, který jej zaškrtní. Hemoroid pak během několika dnů odumře, odpadne a samovolně odejde přirozenou cestou.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po 1-4 dny může dojít k přetrvávání tupé bolesti konečníku a mírnému krvácení z konečníku. Bolesti si mohou vyžádat užití léků proti bolesti. Operace pacienta výrazně neomezuje a není důvodem k pracovní neschopnosti.	
Další potřebná léčba: Další léčba po výkonu bude záviset na výsledku získaném případnou biopsií.	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
--------------------------	---------------

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....	
podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře
.....	
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka