VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **JICNOVÁ PH METRIE**	
Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu: Vyšetření slouží k určení zpětného toku obsahu žaludku do jícnu a možného určení spojení klinických obtíží s tímto stavem (pálení žáhy, zvracení, kašel, astma, poruchy dýchání). V ojedinělých případech se nepodaří pro odpor dítěte zavést sondu. Při pochybností o poloze sondy je po zavedení její poloha kontrolována rentgenologicky.	
Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Rentgenové vyšetření jícnu, izotopové vyšetření nebo ultrazvukové vyšetření. Uvedené alternativy nejsou spojeny se zavedním sondy, mají však podstatně menší výpovědní hodnotu vyšetření.	
Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto: Dítě má být nalačno. Po zhodnocení aktuálního stavu dítěte je mu nosem zavedena tenká sonda do dolní části jícnu. Prostřednictvím sondy jsou následně po dobu 24 hod monitorovány změny kyselosti, které představují míru tzv. refluxu.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu/léčebného postupu: Dítě se v den vyšetření nekoupe, nejezdí na skluzavkách, nevykonává činnosti, při kterých by mohlo dojít k poškození přístroje. Dítě by mělo podstupovat obvyklou denní aktivitu. Všechny prováděné denní aktivity jsou po dobu vyšetření zaznamenávány písemně.	
Další potřebná léčba: Žádná	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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.

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

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

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede 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 se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....
jméno, příjmení a podpis svědka

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.