ЗАГАЛЬНА ФАКУЛЬТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ В ПРАЗІ
У Немоцніце 499/2, 128 08 Прага 2| ІН: 00064165, тел.: 224 961 111

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Законний представник пацієнта (ім'я, прізвище):	
Найменування медичної процедури / лікувального заходу (або декількох процедур/заходів): **СТРАВОХІДНА PH-МЕТРІЯ**	
Мета, характер, підготовка, очікувана користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури / лікувального заходу: Дослідження використовується для виявлення зворотного закидання вмісту шлунка до стравоходу і можливого зв'язку клінічних симптомів із цим станом (печія, блювота, кашель, задишка, порушення дихання). У рідкісних випадках ввести зонд не вдається через опір дитини. У разі сумніву положення зонда після введення перевіряють рентгенологічно.	
Альтернативи лікувальному заходу, їхня доцільність, переваги та ризики: Рентгенологічне дослідження стравоходу, ізотопне дослідження або ультразвукове дослідження. Ці альтернативи не передбачають введення зонда, проте мають значно меншу діагностичну цінність.	
Медична процедура / лікувальна маніпуляція відбуватиметься так: Процедура проводиться дитині натщесерце. Після оцінки поточного стану дитини через ніс у нижню частину стравоходу вводять тонкий зонд. За допомогою зонда протягом наступних 24 годин спостерігають за змінами кислотності, які відображають ступінь т. зв. рефлюксу.	
Обмеження та рекомендації щодо способу життя з урахуванням стану здоров'я та можливої зміни працездатності після проведення зазначеної медичної процедури / лікувального заходу: У день дослідження дитина не купається, не катається на гірках і не виконує дій, які можуть пошкодити пристрій. Дитина має займатися звичайними повсякденними справами. Усі виконувані за день дії протягом періоду обстеження фіксуються в письмовому вигляді.	

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

Подальше потрібне лікування:

Немає

Заявляю, що лікар, який надав мені інформацію, особисто роз'яснив увесь зміст цієї письмової інформованої згоди, і я мав можливість поставити йому запитання, на які дістав належну відповідь. Заявляю, що наведену вище інформацію я повністю зрозумів/-ла і даю пряму згоду на проведення цієї медичної процедури.

Якщо пацієнт **неповнолітній або з обмеженою дієздатністю** і достатньо зрілий в інтелектуальному та вольовому відношенні:

Заявляю, що я отримав/-ла роз'яснення в обсязі, зазначеному вище.

Якщо пацієнту не були надані такі відомості, має бути наведена причина їх ненадання:

м. Прага, дата

…… ……

підпис пацієнта / законного представника *ім'я, прізвище та підпис лікаря*

……

підпис неповнолітнього пацієнта /

пацієнта з обмеженою дієздатністю

Якщо пацієнт / законний представник не може підписати документ за станом здоров'я:

Причина, через яку пацієнт / законний представник неспроможний підписати документ:

ЗАГАЛЬНА ФАКУЛЬТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ В ПРАЗІ
У Немоцніце 499/2, 128 08 Прага 2| ІН: 00064165, тел.: 224 961 111

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Спосіб, яким пацієнт / законний представник висловив свою волю: ..... *ім'я, прізвище та підпис свідка*	