



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ZAVEDENÍ STENTU (KOVOVÉ VÝSTUŽE) DO TRÁVICÍ TRUBICE	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Obnovení nebo zlepšení průchodnosti trávicí trubice. S výkonem se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnižší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek. Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení. Výkon může být komplikován změnou polohy zavedeného stentu, krvácením, zánětem nebo porušením stěny zažívacího traktu.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Jinou možností je v některých případech zavedení sondy nebo operace. Zavedení stentu snižuje zátěž, kterou každá operace nutně přináší.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Podle místa nutného zavedení stentu je volen přístup přes konečník nebo ústy. Po zavedení vodiče se přes něj zavede stent do místa zúžení, kde se sám nebo s pomocí balonku rozvine. Výkon je prováděn pod rentgenovou kontrolou.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po výkonu je nutné dodržovat stravovací režim v závislosti na místě zavedení stentu. Pokud je zaveden do tlustého střeva, je stravovací režim s bezsezbytkovou stravou. Pokud je zavedený v jícnu, žaludku nebo v tenkém střevě je třeba preferovat kašovitou stravu a zvláště se vyvarovat listové zelenině.	
Další potřebná léčba: Po vyšetření jsou další opatření závislá na kontrolním snímku. Bezprostředně po výkonu jsou dovoleny pouze tekutiny a podle rozvinutí stentu pak kašovitá strava.	
Poznámka:	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.

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/a 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, 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/a se podepsat:

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

.....

jméno, příjmení a podpis svědka

verze číslo:

platnost od:

tisk: