

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): FISTULOGRAFIE – RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ KANÁLU PÍŠTĚLE	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Ambulantní výkon slouží k zobrazení průběhu kanálu píštěle a měkkých tkání pod rentgenovou kontrolou za použití kontrastní látky. S vyšetřením 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 nejnížší. 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. Přestože jsou použité nástroje a materiál sterilní, je možnou <u>komplikací</u> vyšetření zanesení infekce do píštěle, dále pak krvácení z píštěle.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativou fistulografie u vybraných případů může být ultrazvuk, výpočetní tomograf či magnetická rezonance.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Vyšetření se provádí vleže na rentgenovém sklápěcím stole. Okolí píštěle se odezinfikuje a do otvoru píštěle se zavede tenká kanyla, přes kterou se aplikuje potřebné množství jodové kontrastní látky. Vyšetřující lékař dle uvážení zhotoví snímky kanálu píštěle v různých polohách pacienta.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Žádná	
Další potřebná léčba: Žádná	
Poznámka: 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	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

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/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, 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: