

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): POLYKACÍ AKT	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Cílem vyšetření je objasnění poměrů a chorobných změn na hltanu a jícnu. Podle výsledku vyšetření lze pak přesněji určit druh léčby. 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. <u>Komplikací výkonu</u> může být vdechnutí kontrastní látky do plic, což se většinou projeví pouze kašlem a mírně zhoršeným dýcháním. V ojedinělých případech může dojít k zápalu plic.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: V některých případech lze vyšetření nahradit endoskopií, CT (počítačový tomograf) nebo magnetickou rezonancí. Mnohdy je to však jediný způsob, jak získat potřebné informace.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Na začátku vyšetření pacient polkne doušek kontrastní látky (baryový preparát nebo vodná jodovaná kontrastní látka). Polknutí sledujeme prosvěcováním rentgenem (skiaskopií). Polknutí se během vyšetření několikrát opakuje.	
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: Závisí na rozhodnutí indikujícího (ošetřujícího) lékaře.	
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: