

## Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem ENDOSONOGRRAFIE KONEČNÍKU

### IDENTIFIKACE PACIENTA/KY:

**Jméno:**

**Příjmení:**

**Datum narození:**

**Rodné číslo (je-li přiděleno):**

**Kód zdravotní pojišťovny:**

**Adresa místa trvalého pobytu v ČR\*:**

*\* pro cizince místo hlášeného pobytu v ČR (v případě, že nemá, adresa bydliště mimo území ČR)*

### I. INFORMACE O ÚČELU A POVAZE VÝKONU

Endosonografie konečnicku je endoskopické ultrazvukové vyšetření sloužící k diagnostice chorob konečnicku a jeho okolí v případě podezření na některá onemocnění jako je např. perianální píštěl, absces, polyp nebo nádor konečnicku. Endosonografie konečnicku je metoda vyšetřovací (diagnostická). Podle povahy nálezu pak může být doporučena další terapie (medikamentózní, chirurgická, endoskopická), která však není nikdy součástí tohoto vyšetření.

### II. POPIS NAVRHOVANÉHO VÝKONU A PŘEDPOKLÁDANÉHO PROSPĚCHU VÝKONU

Vyšetření spočívá v zavedení sondy do konečnicku za místního znecitlivění. Při vyšetření je do konečnicku zaveden pevný neohebný přístroj o průměru cca 15 mm, který umožňuje ultrazvukové zobrazení stěny konečnicku, svěračů a okolního prostoru včetně prostaty a semenných váčků u muže a vagíny a částečně i dělohy u ženy.

Výhodou vyšetření je vysoká výtěžnost metody při použití ultrazvukové sondy v těsném kontaktu se stěnou konečnicku. Nevýhodou může být určitá bolestivost při zavádění přístroje, zejména u pacientů se zúženým konečnickem (především následkem Crohnovy choroby nebo operace). Pak je vhodnější vyšetření provést v analgesodaci (typu anestezie). U naprosté většiny pacientů lze však vyšetření provést bez podstatnějších negativních vjemů.

### III. RIZIKA VÝKONU

Možnou komplikací může být mírné a přechodné krvácení z konečnicku z jeho porušené sliznice, závažnější komplikace nejsou popisovány.

### IV. ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativním vyšetřením může být magnetická rezonance (MRI) pánevního dna a konečnicku, nicméně rozlišovací schopnost MRI u některých, zejména nevelkých nálezů, bývá podstatně nižší.

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: <b>Endosonografie konečnicku</b>	Typ dokumentu: <b>Informovaný souhlas</b>	Platné od: <b>1. 1. 2020</b>
<b>IS_GASTRO_5 / MN 10, vyd. 6</b>	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 1 z 3

## V. ÚDAJE O MOŽNÉM OMEZENÍ V OBVYKLÉM ZPŮSOBU ŽIVOTA A LÉČEBNÝ REŽIM PO VÝKONU

Vyšetření nevyžaduje žádná preventivní opatření a nemá vliv na léčebný režim pacienta/ky. V indikovaných případech je třeba provést před vyšetřením lokální očistu střeva (aplikace klysmatu).

Pokud jsou nitrožilně podány před nebo v průběhu vyšetření léky (analgesedace), měl/a by pacient/ka v následujících 24 hodinách dodržovat relativní fyzický klid, dále nesmí 12 hodin po podání analgesedace řídit motorová vozidla, vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost a nesmí pít alkoholické nápoje. Vyšetření bez analgesedace nepřináší žádná následná omezení.

## VI. SOUHLAS PACIENTA/KY

Prohlašuji, že jsem lékaře pravdivě informoval/a o svém zdravotním stavu, o všech onemocněních a alergiích, kterými trpím a o jiných významných skutečnostech a zvláštnostech týkajících se mého zdravotního stavu, o kterých vím, a že žádnou skutečnost, na kterou jsem byl/a dotazován/a lékařem při zjišťování zdravotního stavu, nezatajil/a. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Stvrzuji, že jsem byl/a srozumitelným způsobem lékařem v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a navrhovaných zdravotních výkonech, a to i z hlediska posouzení, zda je navrhovaná péče pro mě nezbytná. Stvrzuji, že jsem byl/a kromě všeobecného poučení informován/a i o konkrétních rizicích a nebezpečích navrhovaného zdravotního výkonu spojených s mým individuálním zdravotním stavem.

Stvrzuji, že mi bylo lékařem vysvětleno, že navrhovaným zdravotním výkonem/službou nemusí být zaručeně dosaženo předpokládaného výsledku.

Stvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu a možnosti určit osoby podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 Sb., kterým mohou být podány informace o mém zdravotním stavu, mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace příp. v zákonem předpokládaném případě udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. V případě určení osob podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 je o tom sepsán zvláštní písemný záznam.

Stvrzuji, že mi bylo lékařem, který mi poučení poskytl, umožněno klást otázky a všechny mnou položené otázky mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny a byl/a jsem lékařem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout, zda udělím souhlas s poskytnutím navržené zdravotní služby/výkonu či nikoli.

Stvrzuji, že jsem všem poskytnutým informacím plně porozuměl/a, nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Po obdržení potřebných informací, po zvážení předpokládaného přínosu a všech rizik a nebezpečí pro mé zdraví spojených s navrženým výkonem/službou, vyslovuji souhlas s provedením výše uvedeného navrhovaného zdravotního výkonu/služby (tj. diagnostickou endosonografií konečniku s případným rozšířením na některý z léčebných zákroků uvedených výše) a současně vyslovuji i souhlas s tím, aby byly i bez mého dodatečného souhlasu provedeny další, zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života či zdraví a nebude-li možné vyžádat si můj další dodatečný souhlas.

Zároveň prohlašuji, že jsem byl/a ošetřujícím lékařem poučen/a o případném pořízení audiovizuálního záznamu průběhu lékařského výkonu, který bude tvořit součást mé zdravotnické dokumentace. Rozumím, že záznam bude pořízen pouze a jedině z těch částí těla, které souvisí s indikovaným zákrokem. Anonymizovaný audiovizuální záznam průběhu lékařského výkonu může být použit pro interní, vědecké a studijní účely a může být poskytovatelem zdravotních služeb prezentován na kongresech, popř. seminářích, či publikován v odborných periodikách. V žádné z výše uvedených prezentací záznamu nebudou zveřejňovány osobní údaje, včetně zvláštních kategorií údajů (dříve citlivé údaje) ani další informace, které by vedly k identifikaci mé osoby - pacienta/ky.

Rovněž se zavazuji v případě, že není-li zdravotní výkon/služba v mém případě hrazen z veřejného zdravotního

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: <b>Endosonografie konečniku</b>	Typ dokumentu: <b>Informovaný souhlas</b>	Platné od: <b>1. 1. 2020</b>
<b>IS_GASTRO_5 / MN 10, vyd.6</b>	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 2 z 3

pojištění, uhradit poskytovateli odměnu za provedení zdravotního výkonu/služby dle ceníku, se kterým jsem byl/a seznámen/a.

V případě podezření na komplikaci provedené endosonografie konečníku, kontaktujte lékaře gastroenterologického centra ISCARE, tel: 234770251.

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

**V Praze dne:**

**Podpis pacienta/ky:**

## VII. PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil pacienta/ku jak je výše uvedeno, zejména jsem jasně a srozumitelně vysvětlil obsah tohoto poučení a seznámil jsem ho/ji s povahou zákroku, jeho riziky a komplikacemi.

Pacient/ka byl/a nad rámec výše uvedeného poučen/a i o rizicích a možných komplikacích zákroku s ohledem na jeho/její zdravotní stav. Tomuto poučení porozuměl/a a měl/a možnost klást lékařovi poskytujícímu poučení dotazy, které mu/jí byly srozumitelně zodpovězeny.

**V Praze, datum:**

**Jméno, příjmení a podpis lékaře:**

**Případné záznamy lékaře:**

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: <b>Endosonografie konečníku</b>	Typ dokumentu: <b>Informovaný souhlas</b>	Platné od: <b>1. 1. 2020</b>
<b>IS_GASTRO_5 / MN 10, vyd. 6</b>	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 3 z 3