

Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta:RČ:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce*

Klinika / oddělení:

Seznámení provádějící lékař:

Plánovaný výkon:léčba pro invaginaci (intususcepci) střev

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.**

V Brně dne: čas:

podpis:
pacient (zákonný zástupce) seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:

Svědék:
jméno a příjmení podpis

Příloha k informovanému souhlasu

s plánovaným výkonem: léčba pro invaginaci (intususcepci) střev – hydrostatická desinvaginace, při neúspěchu operační revize

- **v případě stranového výkonu na straně.....-----.....**
- **účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:**

- přes konečník se plní střevo kontrastní látkou a pod rentgenovou kontrolou se zjišťuje napravení, při neúspěchu se provádí revize dutiny břišní, podle peroperačního nálezu další postup, při odumření části invaginovaných střev jejich resekce a fixace střeva (enteropexe), podle dalšího peroperačního nálezu se postupuje dále, např. při nálezu Meckelova divertiklu jeho snesení event. resekce střeva a jiné, další postup závisí od lokálního nálezu v dutině břišní a potřeby vyplývající pro zdravotní stav dítěte

- **alternativa plánovaného výkonu, možnost zvolit si jednu z alternativ:**

Otevřená nebo laparoskopická operace, rozhodnutí o typu operace závisí na stavu pacienta, který hodnotí operatér a anesteziolog. V některých případech lze začít operaci laparoskopicky a v případě nálezu nevhodného k laparoskopické operaci se provádí konverze na otevřenou operaci.

- **možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti:**

Závisí na stavu pacienta, peroperačním nálezu a pooperačním průběhu, upřesněné bude ošetřujícím lékařem

- **údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:**

Závisí na stavu pacienta, peroperačním nálezu a pooperačním průběhu, upřesněné bude ošetřujícím lékařem

- **Zjednodušený verifikační protokol pro nemocné se stranovým výkonem**

Strana postižení souhlasí s ambulantní dokumentací a s dokumentací v chorobopisu.

datum	Razítko ošetřujícího/k výkonu předvádějícího lékaře:	podpis
datum	Razítko výkon provádějícího lékaře:	datum

četl:
jméno pacienta (zákonného zástupce)

V Brně dne:

Podpis / souhlas se stranou operace (v případě stranového výkonu)
pacient (zákonný zástupce)