

Informovaný souhlas pacienta**FISTULOGRAFIE**

Vážený pane, vážená paní,

k diagnostickému výkonu, který Vám nyní doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl/a rozhodnout, informujeme Vás tímto listem o cíli výkonu, jeho provedení, i o případných možných komplikacích. Lékař, který vyšetření navrhuje i lékař, který bude vyšetření provádět, Vám v ústním pohovoru rád vysvětlí případné nejasnosti a odpoví na Vaše otázky.

Na závěr tohoto dokumentu budete požádán, abyste svůj případný souhlas s navrhovaným výkonem potvrdil vlastnoručním podpisem.

Co je fistulografie

Fistulografie je vyšetření, které zobrazí průběh kanálu a měkkých tkání pod skiaskopickou kontrolou za použití kontrastní látky.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu

Fistulografie je vyšetření nutné pro další postup léčby či plánování operačního přístupu.

Jaký je režim pacienta před výkonem

Bez zvláštní přípravy.

Jaký je postup při provádění výkonu

Vyšetření se provádí vleže na RTG sklápěcím stole. Po dezinfekci v okolí píštěle se do otvoru píštěle zavede tenká sterilní kanyla a aplikuje se potřebné množství jodové kontrastní látky. Podle úvahy vyšetřujícího lékaře se zhotovují snímky kanálu píštěle při různých polohách pacienta.

Jaké jsou možné komplikace a rizika

Při sondování kanálu píštěle v oblasti stěny břišní může dojít k perforaci a vstříku kontrastní látky do dutiny břišní či jiného orgánu dutiny břišní. Používá se jodová kontrastní látka, která se vstřebá bez následků.

Riziko spojené s ionizujícím zářením

Ionizující (rentgenové) záření ve formě dlouhodobého menšího i krátkodobého velmi intenzivního záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn vedoucích k poškození struktur živé hmoty.

Radiodiagnostické výkony jsou proto prováděny erudovaným personálem, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru k zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu

Nejsou žádná speciální opatření.

Jaké jsou možné alternativy výkonu

Alternativou fistulografie u vybraných případů může být CT či magnetická rezonance.

Souhlas pacienta

Prohlašuji, že se mnou lékař/lékařka MUDr. provedl/a pohovor, při kterém mne seznámil/a s plánovaným výkonem, riziky i případnými komplikacemi (jinými možnými postupy). Všem informacím jsem rozuměl/a a měl/a jsem též dostatek času si vše rozvážit. Měl/a jsem možnost položit lékaři doplňující dotazy, které mne v souvislosti s výkonem zajímaly. Pokud tomu tak bylo, byly mi dostatečně zodpovězeny. Nezatajil/a jsem žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na úspěch zákroku.

S výkonem **SOUHLASÍM** / **NESOUHLASÍM*** (*nehodící se škrtněte*)

SOUHLASÍM / **NESOUHLASÍM*** s tím, že mi může být během výkonu proveden další neodkladný související výkon, pokud by jeho neprovedení ohrozilo mé zdraví.

Datum:

Podpis pacienta:
(zákonného zástupce)

Jméno a podpis zákonného zástupce:
(u pacientů nezletilých nebo zbavených způsobilosti k právním úkonům)

Podpis lékaře:

Podpis indikujícího lékaře:.....

Prohlášení svědka

(v případě, kdy pacient rozumí poučení, je schopen dát souhlas/nesouhlas, ale nemůže se podepsat)

Jméno svědka:

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení **souhlasí** / **nesouhlasí*** s výkonem, včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:

Pacient projevils svůj *souhlas* / *nesouhlas** tak, že:

Podpis svědka:

* *nehodící se škrtněte*