**Informovaný souhlas pacienta s prstovou pletysmografií zátěžovou**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pacient – jméno a příjmení: |  | Rodné číslo (číslo pojištěnce): |  |
| Datum narození:(není-li rodné číslo) |  | Kód zdravotní pojišťovny: |  |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:(případně jiná adresa) |  |

|  |
| --- |
| **Název výkonu****Prstová pletysmografie zátěžová** |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu** Vyšetření se provádí ke zjištění reakce periferních cév končetin na chlad. Vyšetřením se prokazuje poškození periferních cév horních nebo dolních končetin. |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**Před výkonem má být pacient 4 hodiny nalačno, nekouřit, nepít alkohol, celkově se neprochladit, končetiny udržovat v teple. Výkon spočívá v ponoření končetin do chladné vody (12º C) na dobu 10 minut. Při vyšetření horních končetin se ponoří do vody končetiny nad lokty, při vyšetření dolních končetin se ponoří do vody nohy nad kotníky. Před a po tomto vodním chladovém testu se provádí grafické zaznamenání pulzní vlny pomocí snímače, který se umístí na prsty horních nebo dolních končetin (pletysmografie). |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**K diagnostice onemocnění periferních cév končetin. |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**Není v běžné praxi zavedena. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**Změny v prokrvení prstů končetin, např. zbělení článků prstů rukou nebo nohou, se mohou objevit do 15 minut po testu, tyto změny jsou přechodné a samy odezní. |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu**Výkon může být kvůli teplotě vody pro pacienta nepříjemný.Možné komplikace jsou ojedinělé a nezávažné – mohou být přechodné bolesti v rukou, nohou nebo vzácněji nevolnost či pocit na omdlení. V případě jakýchkoliv potíží je potřeba okamžitě upozornit ošetřující personál. |

**Souhlas:**

|  |
| --- |
| ***Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Byl jsem srozumitelně informován o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit. | ANO | NE |
| Byl jsem informován o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti. | ANO | NE |
| Byl jsem informován o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná,o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. | ANO | NE |

|  |
| --- |
| **Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:** |
| - že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením. | ANO | NE |
| - že jsem lékařům nezamlčel žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč…) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby. | ANO | NE |
| - že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb. | ANO | NE |
| - že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem. | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Hodina | Podpis pacienta |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci  | Podpis lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:** |
|  |
| **Jak pacient projevil svou vůli:** |
|  |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum: | Hodina |
|  |  |  |  |

**V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient souhlas svým podpisem.**

Ověřte všechny identifikační údaje pacienta, zda jsou platné. Znovu ověřte, zda pacient všemu rozumí a souhlasí s výkonem.

Pokud došlo ke změně osobních údajů pacienta nebo pacient s něčím nesouhlasí, je nutné vyplnit nový IS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Souhlas pacienta | Podpis pacienta | Jmenovka a podpis lékaře, který podal informaci  |
|  | Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím. |  |  |
|  | Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím. |  |  |
|  | Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím. |  |  |
|  | Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím. |  |  |
|  | Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím. |  |  |
|  | Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím. |  |  |
|  | Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím. |  |  |