

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s poševní aplikací zářiče**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu**Poševní aplikace zářiče****Účel výkonu**

Pomocí záření snaha o preventivní zabránění vzniku recidivy v poševní jizvě, nebo léčba již vzniklé lokální recidivy v oblasti pochvy.

Povaha výkonu

Ozáření lineárním Iridiovým zářičem.

Předpokládaný prospěch výkonu

Preventivní ozáření poševní jizvy ve snaze zabránit vzniku lokální recidivy, nebo ozáření již vzniklé recidivy v oblasti pochvy.

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu

Mírná bolestivost, krvácení.

Následky výkonu

Možná postradiační reakce, pálení při močení, výtok z pochvy, výjimečně lehký zánět močového měchýře či poškození sliznice střeva postradiačním zánětem.

Souhlas:**pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte**

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byla jsem informována 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
Byla jsem informována 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 porozuměla, měla 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 nezamlčela 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
- že souhlasím s pořízením fotografie mé osoby, která bude součástí zdravotnické dokumentace a bude využita pro zvýšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.	ANO	NE
- že si nejsem vědoma těhotenství a rovněž, že informaci o těhotenství neprodleně nahlásím svému ošetřujícímu lékaři. Současně rozumím, že těhotenství je neslučitelné s ozařováním.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno, příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

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