

Informovaný souhlas pacienta s prstovou pletysmografií zátěžovou

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
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 (12° 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.		