

**INFORMOVANÝ SOUHLAS  
S PLÁNOVANÝM VYŠETŘENÍM**

**Anoskopie**

**Pacient/ka:**

---

**Jméno, příjmení, datum narození**

Dnešního dne jsem byl/a lékařem poučen/a o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

**Označení zdravotního výkonu:**

**Anoskopie** – vyšetření análního kanálu anoskopem – krátkým kovovým přístrojem. Při vyšetření je možno cíleně odebrat vzorek tkáně (biopsie), event. provést další zákroky. Diagnostické vyšetření trvá v průměru 2-5 minut.

**Účelem tohoto zdravotního výkonu je:**

Objevení a zhodnocení eventuálního chorobného procesu ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení změn stavu již známého procesu, event. provedení terapeutických (léčebných) výkonů jako jsou ligace hemoroidálních uzlů, ošetření řitní trhliny, polypektomie (odstranění polypů – slizničních či kožních výrůstků), ošetření krvácení, dilatace (rozšíření) stenózy (zúžení análního kanálu).

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

**A. Příprava před vyšetřením:**

O způsobu přípravy rozhodne lékař.

**B. Vyšetření:**

Výkon se standardně provádí bez podání premedikace (zklidňující léky a léky proti bolesti). Vyšetření probíhá vkleče na vyšetřovacím lůžku.

Lékař Vám nejprve vyšetří konečník manuálně a poté zavede přístroj, který je zvlhčován gelem. Postupně tak bude prohlédnutý anální kanál a proveden případný diagnostický nebo léčebný zákrok. Lékař, který provedl terapeutický výkon, Vám sdělí přesnější pokyny.

**C. Po vyšetření:**

Po nekomplikovaném vyšetření je možno ihned opustit nemocnici.

**Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:**

Bezpečnost vyšetření je vysoká ale i při anoskopických léčebných výkonech může dojít ke komplikacím, které si mohou vyžádat přijetí do nemocnice nebo další výkon. Mezi tyto komplikace patří především krvácení a bolestivost.

**Prohlašuji** a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

**Prohlašuji**, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Ve Zlíně, dne:

---

---

**Vlastnoruční podpis pacienta/ky**

---

**Podpis lékaře, který poučení provedl:**