

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM

BARRONOVA LIGATURA

OŠETŘENÍ HEMOROIDŮ

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Trvalé bydliště: Název/Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Doporučení ošetřujícího lékaře

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **BARRONOVU LIGATURU – OŠETŘENÍ HEMOROIDŮ**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu, průběh a účel výkonu:

Hemoroidy (řitní žilní městky) jsou rozšířené žilní struktury v okolí dolní části konečníku a řitního kanálu, na jejichž vzniku se podílejí značnou měrou poruchy vyprazdňování (zejména dlouhodobá zácpa). Vnitřní hemoroidy se projevují krvácením a mohou vyhřezávat do řitního kanálu. Zevní hemoroidy (viditelné pouhým okem) se mohou zanítit, což způsobuje bolesti kolem konečníku. Barronova ligatura je ambulantní zákrok, při kterém Vám budou ošetřeny vnitřní hemoroidy. Výkon se provádí bez anestézie v kleče na vyšetřovacím lůžku, kdy Vám lékař vyšetří konečník manuálně, poté zavede krátký kovový přístroj - anoskop, který je zvlhčován gelem a za pomoci gumových kroužků (ligatur) na hemoroidy v necitlivé nebo minimálně citlivé oblasti konečníku ošetří hemoroidy. Kroužek způsobí uzavření cévního zásobení hemoroidu, jeho trombózu s následným samovolným odloučením. Při kontrole v dalším časovém odstupu zůstává po odloučeném hemoroidu drobná jizva.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Krátkodobě může po výkonu vzniknout otok a netěsnost svěrače konečníku, tento stav se spontánně upraví během 1-2 týdnů. Několik hodin po zákroku je konečník citlivý, může se objevit stopa krve. Někteří pacienti se vytvoří v místě zákroku hypertrofická nebo keloidní jizva, což v tomto místě může způsobit zúžení konečníku.

Alternativy výkonu:

Operace, laserová operace.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Nevelká bolestivost v análním kanále, nucení na stolici.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Opakované zákroky cca 3-4x po 1 měsíci.

Zákaz konzumace alkoholu, zvedání těžkých břemen, posilování břišního svalstva 5 dní.

Dostatek tekutin a vlákniny.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: