



ResTrial GastroEndo s.r.o.

Klinika ResTrial, Sofijské náměstí 3404/3, Praha 4 Modřany

Tel: 242 451 010, email: gastroendo@restrial.com

Informovaný souhlas pacienta s ošetřením hemeroidů přístrojem HEMORON

Pacient:
jméno, příjmení, rodné číslo

Vážený a milý paciente,

k zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho písemného souhlasu. Informujeme Vás tímto o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného vyšetření.

Proč doporučujeme ošetření hemeroidů metodou HEMORON?

Hemoron je moderní ambulantní neoperační léčba hemeroidálního onemocnění pomocí nízkovoltážních elektrických proudů. Jedná se o metodu vysoce účinnou a bezpečnou. Největší výhodou metody je její bezbolestnost. Nízkovoltážní proudy působící na hemeroidální uzel je totiž možné přesně nastavit dle individuální citlivosti pacienta. Výkon se provádí v místním znecitlivění, bez složité přípravy a nutnosti pití většího množství projímadel.

Principem léčby je aplikace impulzního proudu nízkého napětí do vyživovacích cév hemeroidu a následně tak dochází k zániku hemeroidálních cévních výdutí.

Doba trvání samotného výkonu závisí na rozsahu postižení a trvá přibližně 30 minut. Při pokročilém hemeroidálním onemocnění s velkými hemoroidy je některých případech nezbytné aplikaci opakovat s odstupem několika týdnů.

Stav pacienta po výkonu a možné komplikace

Průběh výkonu je obvykle nekomplikovaný a stav pacienta po něm příznivý. Zřídka se může objevit mírné pobolívání v oblasti konečníku, které dobře reaguje na běžná analgetika. Jen asi v 0,5% případů dochází k bolestivé trombóze vnitřní hemeroidální tkáně. Alergická reakce na místní znecitlivění nebo významnější krvácení jsou velmi vzácné.

Abychom toto riziko eliminovali co možná nejvíce, **zodpovězte prosím následující otázky:**

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?	Ne - Ano
2. Užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost? (Anopyrin, Godasal, Warfarin, Lawarin, Xarelto, Pradaxa, Arixtra apod.)	Ne - Ano
3. Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení?	Ne - Ano

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že se mi dostalo plného poučení a vysvětlení všeho, co je obsahem informovaného souhlasu. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a, měl/a jsem možnost položit lékaři doplňující otázky, na které mi srozumitelně a uspokojivě odpověděl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu: Ošetření hemeroidů přístrojem HEMORON. Toto rozhodnutí činím svobodně a při plném vědomí.

V Praze dne:.....

Vlastnoruční podpis pacienta:.....

Jméno lékaře:

Podpis lékaře: