



## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Falopletysmografické/vulvopletysmografické vyšetření		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

### Informující lékař:

Zdravotní výkon:	Falopletysmografické/vulvopletysmografické vyšetření
1)	Falopletysmografické vyšetření, též penilní pletysmografie nebo falometrie je měření objemových změn penisu způsobených změnami jeho prokrvení v závislosti na sexuálně-erotických podnětech. Používá se v sexuologii jako pomocná metoda v diagnostice sexuální orientace, struktury a funkce sexuálního motivačního systému i poruch erekce. U žen analogicky vulvopletysmografie.
2)	Průběh vyšetření: Vyšetření trvá cca 60 minut, během této doby Vám budou promítány snímky s různou sexuální tematikou a Vaším úkolem je tyto snímky sledovat a vžívat se do nich. Při tom budou přístrojově registrovány reakce Vašeho penisu/vulvy.
3)	Možná rizika či komplikace: Některé promítané snímky mohou být nepříjemné, pro někoho šokující. Máte právo požádat o přerušeni nebo ukončení vyšetření v případě, že byste cítil/a, že Vám další průběh vyšetření může způsobit psychickou újmu.
4)	Pokud máte z výkonu strach, informujte o této skutečnosti lékaře předem. Před vyšetřením ani po vyšetření nejsou nutná žádná režimová opatření. V současné době neexistuje alternativní metoda tohoto vyšetření.
5)	Pacient se svobodně rozhodl o postupu při poskytování zdravotních služeb.
6)	<p>Pacient rovněž potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že mu byl vysvětlen důvod, předpokládaný prospěch, možná rizika komplikace výkonu, byly mu také vysvětleny možné alternativy výkonu a zdravotní důsledky jeho nepodstoupení a nemá žádné nejasnosti.</p> <p>Pacient dále potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že souhlasí s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a že mu rovněž bylo vysvětleno, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.</p>

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:

**Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:**

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:  
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:  
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:  
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uvede se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: