

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PLÁNOVANÝM VYŠETŘENÍM

KOLONOSKOPIE

VYŠETŘENÍ TLUSTÉHO STŘEVA OHEBNÝM ENDOSKOPEM

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Trvalé bydliště: Název/Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Kolonoskopii doporučujeme, abychom zjistili příčinu potíží pacienta ev. preventivně v rámci screeningu rakoviny tlustého střeva. Případně provedení terapeutického zákroku.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **KOLONOSKOPII**. 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:

Invazivní výkon

Účel a předpokládaný prospěch výkonu: Stanovení správné diagnózy a zvolení vhodné léčby. Čím dříve stanoví lékař diagnózu, tj. určí druh a rozsah onemocnění, tím jsou lepší vyhlídky na léčbu.

Průběh výkonu:

Kolonoskop (ohebný optický přístroj) se zasune konečníkem do tlustého střeva. Pod určitým tlakem na kolonoskop se snažíme proniknout až do místa, kde do tlustého střeva ústí tenké střevo. Při zákroku mohou být odebrány malými kleštěmi vzorky tkáně (biopsie) a elektrickou kličkou odstraněny polypy. Tlak na kolonoskop může způsobit nepříjemné vnímání vyšetření. Ke zmírnění těchto pocitů můžete dostat před vyšetřením tisíci injekci. Doba vyšetření (15-40 min) je závislá na délce střeva, jeho fixaci v břiše, srůstech po operacích a množství nalezených a ihned odstraňovaných polypů. Proto nelze přesně dodržet „objednací časy“. Možná, že budete muset v čekárně chvíli čekat. Čím je střevo čistější, tím jsou lepší podmínky k vyšetření.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Vyšetření je náročné pro pacienta i personál a přináší sebou určitá rizika = komplikace. Komplikace jsou vzácné. Mohou se vyskytnout zejména při biopsiích (odběr malého vzorku tkáně kleštěmi) nebo při odstraňování velkých polypů. Jsou to:

- Perforace (protržení) střeva – po náročném odstranění polypů nebo endoskopem
- Krvácení – po biopsiích nebo odstranění polypů
- Alergie – po aplikaci injekce
- Poranění střeva endoskopem („modřiny“), oděrky, zejména při značně vinutém a fixovaném tračníku

Alternativy vyšetření: Plnohodnotná alternativa neexistuje. CT, RTG - irigografie, kapslová endoskopie je částečnou náhradou tohoto vyšetření. Nevýhodou těchto vyšetření je nemožnost odebrat vzorky - biopsii tkáně a provádět léčebné zákroky.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Po aplikaci injekce nesmíte vzhledem k omezení Vašich reakcí řídit automobil nebo obsluhovat stroje během následujících 24 hodin. Lépe je si zajistit odvoz nebo doprovod.

Abychom snížili riziko možné komplikace na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky. Zakroužkujte správnou odpověď:

Krvácíte dlouho při malém poranění, po odběru krve, vytržení zubu?	ANO	NE
Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny?	ANO	NE
Trpíte alergií na léky, náplasti?	ANO	NE
Trpíte závažným onemocněním (zelený zákal, epilepsie, cukrovka, ischemická choroba srdce, AIDS) ev. akutním zánětem?	ANO	NE
Užíváte léky na snížení krevní srážlivosti (Anopyrin, Godasal, Warfarin, Heparin, Ibustrin, Plavix, Clopidogrel, Trombex, Pradaxa, Eliquis, Stacyl, Xarelto)	ANO	NE
Jste těhotná?	ANO	NE

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Po kolonoskopii můžete mít mírné pobolívání břicha, plynatost apod. Velké bolesti, velké krvácení, celková slabost, horečky vyžadují informovat okamžitě svého ev. pohotovostního lékaře nebo zabezpečit transport do nemocnice. Dle povahy výkonu budete poučeni o dodržování tělesného klidu a způsobu příjmu potravy.

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:**