

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PLÁNOVANÝM VYŠETŘENÍM

SIGMOIDEOSKOPIE

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Trvalé bydliště: Název/Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Doporučení lékaře na základě Vašich potíží.

Vážená paní, vážený pane,

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

Sigmoideoskopie je vyšetření rekta ohebným flexibilním přístrojem. Při vyšetření je možno cíleně odebrat vzorek tkáně (biopsie), event. provést další zákroky. Diagnostické vyšetření trvá v průměru 5 minut.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Objevení a zhodnocení eventuálního chorobného procesu ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení změn stavu již známého procesu, event. provedení výkonů jako je odběr tkáně na histologické vyšetření, ošetření krvácení, dilatace stenózy (roztažení zúžené části střeva).

Průběh výkonu:

Před vyšetřením je třeba střevo očistit speciálním přípravkem salinické klyzma, které je volně prodejně v lékárně. O aplikaci a použití Vás poučí lékař, který toto vyšetření ordinuje. Nedodržení instrukcí může být příčinou nedostatečného přehledu a vyšetření tak bude nutno opakovat. Výkon se standardně provádí bez podání premedikace (zklidňující léky proti bolesti). Vyšetření probíhá v poloze na levém boku na vyšetřovacím lůžku. Lékař Vám nejprve vyšetří konečník manuálně a poté zavede přístroj, který je zvlhčován gelem. Postupně tak bude prohlédnuto rektum, případně dolní část esovitě kličky tračníku a proveden případný diagnostický nebo léčebný zákrok. Lékař, který provedl terapeutický výkon, Vám sdělí přesnější pokyny. Po nekomplikovaném vyšetření je možno ihned opustit nemocnici.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

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

Alternativy výkonu:

RTG, CT, MR. Ani jedna z možností neumožňuje odebrat vzorky a provádět léčebné výkony.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Krátkodobá tlaková bolest v konečníku.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

V případě většího nálezu či výskytu komplikací budou provedeny další potřebné a neodkladné výkony endoskopické ev. chirurgické.

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

Máte alergii na léky?	ANO	NE
Užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost (Anopyrin, Godasal, Warfarin, Heparin, Ibustrin, Plavix, Clopidogrel, Trombex, Pradaxa, Eliquis, Stacyl, Xarelto)?	ANO	NE

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:**