

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA
s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:

Tel.:

Druh výkonu: KOLOSKOPIE, SIGMOIDEOSKOPIE, RECTOSKOPIE

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, paciente,

bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu:

Koloskopie (videoendoskopické vyšetření tlustého střeva) je vyšetření tlustého střeva a jeho přechodu do střeva tenkého. Dokáže diagnostikovat nebo léčit nemoci tlustého střeva. K vyšetření jste odeslán(a) pro podezření na onemocnění tlustého střeva nebo z preventivních důvodů (potíže, příznaky, pozitivní rodinná zátěž, pozitivní vyšetření stolice na skryté krvácení, věková hranice pro tzv. primární preventivní vyšetření). V případě známé nemoci jde o posouzení rozsahu a aktivity choroby nebo léčebný výkon – zákrok. Při koloskopii musí mít vyšetřující lékař zabezpečenou dobrou přehlednost sliznice střeva, proto tlusté střevo musí být bez zbytků stolice. Před vyšetřením se provádí příprava, jejímž úkolem je vyčistit tlusté střevo. Principem je vyřazení jídel, která jsou nestravitelná, tudíž zanechávají zbytky a podání projímavého roztoku. Ohebný přístroj (videoendoskop) je zaveden konečníkem do tlustého střeva a umožní přímé zobrazení sliznice, odběr jejích vzorků k dalšímu zhodnocení. V případě nutnosti dovolí provést léčebný zákrok – nejčastěji jde např. o stavění krvácení, odstranění tkáně (polyp, plochá léze), zmenšení nádoru, zprůchodnění a/nebo rozšíření zúženého úseku střeva, odstranění cizího tělesa aj.). Tedy na samotnou diagnostickou koloskopii může navazovat bezprostřední nebo odložený plánovaný léčebný zákrok.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem:

Koloskopie je vzácně spojena s rizikem komplikací (časné nebo pozdní krvácení, porušení stěny střeva). Kolonoskopie má vysokou (větší než 95%) pravděpodobnost úspěchu (tj. diagnostický přínos nebo léčebný úspěch zákroku). Výskyt závažných komplikací je velmi vzácný – porušení střevní stěny, zánětlivé komplikace dutiny břišní, úmrtí.

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navrženého výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Koloskopie nemá žádnou zcela srovnatelnou alternativu. Irrigografie je zobrazovací metoda, stejně jako CT kolonografie a kapslová endoskopie. Žádná z nich neumožní odběr vzorků a případný léčebný zákrok. Rektoskopie či sigmoideoskopie vyšetří jen malou část tlustého střeva. Rentgenologická vyšetření jsou spojena s radiační zátěží organismu.

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotního výkonu

Pokud jsou nitrožilně podány před nebo v průběhu výkonu léky (tzv. analgosedace), budete po výkonu sledováni a předáni doprovodu. Pokud bude výkon prováděn za asistence anesteziologa budete po výkonu na dospávacím pokoji. Po analgosedaci je nutné si zajistit doprovod. V následujících 24 hodinách byste měli dodržovat relativní fyzický klid, dále nesmíte 12 hodin po podání analgosedace řídit motorová vozidla, vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost a je zakázáno pít alkoholické nápoje. Ve většině případů je kolonoskopie (a nejčastější následné výkony – zákroky) prováděna jako vyšetření ambulantní. V některých vybraných situacích jsou však nutné změny léčebného režimu a preventivních opatření (hospitalizace, opakované koloskopické vyšetření a další). Většina případných komplikací biopsie je zpravidla řešena opět koloskopicky, ale mohou si vyžádat i operační (chirurgickou) léčbu. V případě podezření na eventuální komplikaci provedené koloskopie (např. krvácení, bolest, kolaps), kontaktujte ihned lékaře.

1. Užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost? Pokud ano, napište jaké. ANO – NE

2. Trpíte nějakou alergií? Pokud ano, napište jakou. ANO - NE

3. Máte kardiostimulátor, nějaké potíže se srdcem, plicní onemocnění nebo cukrovku? ANO – NE

4. Máte nějaké jiné závažné onemocnění? Pokud ano, napište jaké. ANO - NE

Prohlašuji,

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,
- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,
- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,
- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Podpis lékaře:.....