

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM: KOLONOSKOPIE (endoskopické vyšetření tlustého střeva)

Vážená paní, vážený pane,

k výkonu, který Vám má být proveden, je potřeba Váš informovaný písemný souhlas. Proto si prosím přečtěte pečlivě informaci o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného výkonu.

Kolonoskopie je vyšetření, jehož cílem je zjištění příčiny potíží pacienta, případně provedení preventivního vyšetření v rámci screeningu rakoviny tlustého střeva. Čím dříve zjistíme druh a rozsah případného onemocnění, tím lepší jsou vyhlídky na léčbu.

V současné době neexistuje alternativní výkon, při kterém by bylo možno vyšetřit celé tlusté střevo, odebrat vzorky podezřelých tkání a případně léčebně zasáhnout v jedné době.

Průběh výkonu:

Před vyšetřením ulehnete na lůžko na levý bok.

Nabídneme Vám aplikaci uklidňující látky (sedace) do žíly. Po podání uklidňující látky Vám lékař zavede ohebný optický přístroj (kolonoskop) do konečníku a jeho postupným zasouváním bude prohlížet tlusté střevo. Během vyšetření můžete chvílemi pociťovat tlak v břiše či mírné křeče. Po celou dobu výkonu můžete komunikovat s lékařem a sdělovat mu své pocity.

Během vyšetření lze odebírat malé vzorky tkáně kleštěmi (biopsie), odstraňovat nežádoucí drobné útvary (polypy) elektrickou kličkou nebo stavět krvácení. Tyto úkony jsou pro nemocného nebolestivé. V případě potřeby jiných zákroků na Vašem střevě Vám postup vysvětlí lékař před vyšetřením.

Vyšetření trvá 15 – 45 min. Trvání výkonu je závislé na délce střeva, jeho rozložení v břiše, srůstech po předchozích operacích a zánětech. Záleží také na množství nalezených a ihned odstraňovaných polypů či provádění jiných zákroků ve střevě.

Jako každý lékařský výkon má i kolonoskopie svá **rizika a možné komplikace**:

Alergická reakce na podané léky – tuto reakci lze těžko předvídat, pokud u Vás alergie není známá.

Krvácení po léčebném zásahu - je vzácné, častější může být u pacientů s poruchou krevní srážlivosti.

Proděravění stěny střevní (perforace) – mimořádně vzácná komplikace, může nastat při biopsiích nebo při odstraňování velkých polypů. Tato komplikace většinou vyžaduje chirurgický zásah (operaci) k záchraně zdraví a naprosto vzácně i života nemocného.

Po výkonu: po kolonoskopii Vás může mírně pobolívat břicho, můžete mít plynatost či lehké křeče v břiše. Pokud máte velké bolesti, větší krvácení, celkovou slabost, horečku či jiné nejasné příznaky, informujte ihned svého ev. pohotovostního lékaře, případně si zajistěte neodkladný transport do nemocnice.

Po uklidňující injekci mohou být omezeny Vaše reakce, 24 hodin po výkonu nesmíte řídit dopravní prostředek ani se věnovat činností, vyžadujícím zvýšenou pozornost. Zajistěte si prosím doprovod.

Ke snížení rizika případných komplikací na minimum prosíme o **zodpovězení následujících otázek** (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 potraviny, léky náplasti? | Ano | Ne |
| ● Trpíte závažným onemocněním (zelený zákal, epilepsie, cukrovka, ischemická choroba srdeční, průduškové astma, onemocnění plic, AIDS) ev. akutním zánětem? | Ano | Ne |
| ● Užíváte léky na snížení krevní srážlivosti (Anopyrin, Godasal, Warfarin, Heparin, Plavix, Clopidogrel, Trombex, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Stacyl či jiné) | Ano | Ne |
| ● Jste těhotná? | Ano | Ne |

PROHLÁŠENÍ:

Byl/a jsem poučen/a o rizicích spojených s výkonem kolonoskopie (endoskopické vyšetření tlustého střeva).

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného výkonu nebudu řídit dopravní prostředky ani se věnovat činnostem, které vyžadují zvýšenou pozornost.

Prohlašuji, že budu zachovávat dietní a režimová opatření uvedená v lékařské zprávě z výše uvedeného vyšetření.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením endoskopického vyšetření tlustého střeva (kolonoskopie), během něhož mi bude podána uklidňující injekce do žíly (sedace) a v případě potřeby budou provedeny léčebné či diagnostické zákroky (polypektomie, biopsie).

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

.

.....
Datum

Jméno a příjmení lékaře provádějícího poučení

Podpis lékaře

.....
Datum

Podpis pacienta

U nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům zákonný zástupce pacienta:

.....
Datum:

Jméno a příjmení, datum narození zákonného zástupce

Podpis zákonného zástupce

Jména a podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: