

Informovaný souhlas pacienta / zákonného zástupce Kolonoskopie

Jméno:..... Příjmení:..... r.č.:.....

Vážená paní, Vážený pane,

protože se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech informován/a.

Důvod (indikace) tohoto výkonu:

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám bylo lékařem doporučeno provedení kolonoskopie. Jedná se o endoskopické vyšetření tlustého střeva, kde se zjišťují změny na tlustém střevě nebo zdroj krvácení.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Lékař Vám zavede konečníkem ohebný přístroj kolonoskop do tlustého střeva a vpraví malé množství vzduchu, což může být bolestivé. Lze tak lépe zobrazit sliznici tlustého střeva, odběr jeho vzorků k dalšímu zhodnocení. V případě nutnosti dovolí provést léčebný zákrok - nejčastěji jde o odstranění drobných výrůstků takzvaných polypů, stavění krvácení, odstranění poškozené tkáně, zprůchodnění nebo rozšíření zúženého úseku střeva, odstranění cizího tělesa aj. Samotný výkon trvá obvykle 20 - 40 minut.

Alternativy výkonu:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

Kapsle a CT kolografie umožní pouze zobrazení sliznice bez možnosti odběru vzorků.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Kolonoskopie je vzácně spojena s rizikem komplikací (časné nebo pozdní krvácení, porušení stěny střeva). Některé léky zvyšují riziko krvácivých komplikací (Warfarin, Anopyrin, Clopidogrel, Xarelto, Eliquis, Pradaxa). Proto je nutné před kolonoskopií probrat s lékařem nemoci, kterými trpíte, a všechny léky, které užíváte. Je možné, že některé léky bude nutné přechodně vysadit či jinak upravit léčbu. Kolonoskopie má vysokou pravděpodobnost úspěchu (tj. diagnostický přínos nebo léčebný úspěch zákroku). Při zákroku může dojít k protržení střevní stěny, jedná se ale o velice ojedinělou komplikaci.

Výsledky vyšetření:

Výsledek vyšetření sděluje lékař pacientovi po výkonu. V případě, že byly provedeny biopsie (odběry vzorků), trvá jejich vyhodnocení asi 1-2 týdny, jejich výsledky pacientovi sděluje lékař endoskopické ambulance nebo jeho praktický lékař, kterému výsledky zasíláme.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Při kolonoskopii musí mít vyšetřující lékař zabezpečenou dobrou viditelnost sliznice, proto tlusté střevo musí být bez zbytků stolice. Před vyšetřením se provádí příprava, jejímž úkolem je vyčistit tlusté střevo.

Vyzvedněte si v lékárně roztok k vyprázdnění, který Vám předepsal lékař, a postupujte dle přiloženého návodu. **10 dní před vyšetřením nejezte** celozrnné pečivo, jahody, rajčata, hroznové víno, kiwi, rybíz, maliny, kmín, okurky, mák. Dále **neužívejte** léky obsahující železo (např. Feronat). Naopak **vhodné** potraviny jsou bramborová a krupicová kaše, pudink, rohlíky, piškoty, mixované polévky, bujóny, banány a maso. Z tekutin minerální vody, ovocné čaje a džusy.

Na vyžádání je možno podat anestézii – utlumení rajsčím plynem Entonoxem.

Den před vyšetřením snězte jen lehkou snídani, k obědu polévku a dále pak jen tekutiny (minerální vody, ovocné čaje a džusy). Mezi 16.00 - 20.00 hodinou (dle způsobu přípravy a druhu projímadla) vypijte projímavý roztok, který lze dle návodu ochutit a důkladně ho zapijte nejméně 2 l vody nebo ovocného čaje. Vhodné je vypít postupně 3-4 l tekutin. **Od půlnoci nesmíte nic jíst.** Preferovaná je "příprava dělená" to znamená druhou dávku přípravy vypijte ráno v den vyšetření. V případě užívání důležitých léků např. na srdce apod. lze je pozřít. **Dvě hodiny před vyšetřením už ani nepijte.**

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

V případě, že Vám bude před vyšetřením aplikována injekce na zklidnění a tišení bolesti, budou Vaše reflexy a schopnost rozhodování ovlivněny, proto je nutné zajistit si doprovod, který Vás dopraví domů a bude na Vás po zbytek dne dohlížet, nesmíte řídit žádné motorové vozidlo nebo pracovat na stroji či ve výškách, neměli byste rozhodovat o důležitých právních úkonech, po zbytek dne doporučujeme zůstat v klidovém režimu.

Po vyšetření zatěžujte trávicí trakt postupně.

V případě zdravotních potíží např. krvácení, bolest, kolaps, kontaktujte ihned lékaře telefonicky na ambulantních pracovištích Nemocnice Roudnice nad Labem na tel. 416 858 431. V případě vážných komplikací ohrožujících Váš život přivolejte RZP - telefonní číslo 155.

Otázky a dotazy:

Neváhejte a zeptejte se na jakékoliv další podrobnosti, které byste chtěl/la ještě vědět. Váš ošetřující lékař Vám Vaše otázky ochotně zodpoví.

Jestli jste s plánovaným zákrokem dostatečně srozuměn/a, vyplňte, prosím, následující krátký dotazník a vyjádřete svůj souhlas či nesouhlas s provedením výkonu (viditelně označte vždy správnou odpověď či eventualitu)

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení - například snadno vznikající modřiny, krvácení z dásní při čištění zubů, vykašlávání nebo zvracení krve či černou stolicí? NE - ANO
2. Byl/a jste někdy na něco alergický/á či přecitlivělý/á? NE - ANO
3. Trpíte nějakou další vážnou chorobou? NE - ANO (vypište jakou):
4. Jaké léky užíváte? NE - ANO (vypište jaké):
5. Jste těhotná? NE - ANO

Souhlas pacienta (zákonného zástupce):

Po seznámení se s uvedenými skutečnostmi prohlašuji, že lékařům z mé strany nebyly zamlčeny žádné známe údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí. Souhlasím s provedením navrhovaného výkonu a bude-li to nutné i s jeho rozšířením dle úsudku lékaře. Souhlasím s provedením laboratorních vyšetření potřebných k provedení zákroku. V případě nutnosti souhlasím s podáním krve či jejího derivátu.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o jeho zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby jím zastupované) a o veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace a na případné alternativy.

Datum:

Jméno, příjmení, podpis lékaře:

Souhlas pacienta (zákonného zástupce):

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o svém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby mnou zastupované) a o veškerých shora uvedených skutečnostech: o navrhované léčbě, o možných výhodách a rizicích navrhované léčby, o možných alternativách a o problémech, které je možno očekávat v průběhu údravy. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření, léčebným postupem (viz. výše).

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

Jako zákonný zástupce prohlašuji, že v přiměřeném rozsahu a formě bylo poučení poskytnuto osobě mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Datum:

.....

Podpis pacienta,
zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Nemůže-li se pacient (zákonný zástupce) podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka:

Důvod nepodepsání souhlasu:

Způsob, jakým pacient projevil vůli:

Datum:

.....

Podpis svědka