

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s endoskopickou resekcí celé tloušťky trávicí trubice

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

**Endoskopická resekce celé tloušťky trávicí trubice –
FTR (Full-Thickness Resection)**

Účel výkonu

Endoskopická resekce celé tloušťky trávicí trubice (FTR) je endoskopická metoda, která je schopna odstranit některé typy časných nádorů trávicí trubice (nejčastěji tlustého střeva) s celou šířkou její stěny. Díky nasazení speciálního kovového klipu před vlastním odříznutím tkáně nedochází k proděravění stěny trávicí trubice.

Povaha výkonu

Příprava před výkonem

Metoda FTR se v drtivé většině případů používá k odstranění nádoru tlustého střeva a konečníku, proto je nutné, aby bylo střevo očištěno od stolice podáním projímavých roztoků stejně jako před běžnou koloskopií. Většina výkonu se provádí pouze s podáním uklidňující injekce, lze ho ale provést i v celkové anestezii.

Vlastní výkon

K provedení metody FTR se používá speciální nástavec, který se nasadí na konec běžného endoskopu. Přítomnost nástavce na konci endoskopu může vzhledem k obtížnější manipulaci prodloužit trvání endoskopie a zhoršit komfort během vyšetření.

Nejdříve se provede běžná endoskopie, lékař pomocí endoskopu prohlédne místo ošetření a nádor označí speciálními značkami, poté se na endoskop nasadí nástavec a znovu se zavede k danému místu a provede se vlastní FTR. Tkáň se speciálními kleštěmi vtáhne do nástavce, přes ní se nasadí kovový klip a nad ním se tkáň odřízne kličkou. Odříznutá tkáň se posílá k histologickému vyšetření. Po provedení FTR může lékař znovu zavést endoskop, aby provedl kontrolu místa resekce.

Během výkonu a krátkou dobu po vyšetření může pacient pociťovat nepříjemné pocity.

Po ukončení výkonu

Po ukončení výkonu je vhodný několikahodinový klid na lůžku a omezení přísunu tekutin a stravy dle rozhodnutí provádějícího lékaře. Po výkonu se podává jednorázová dávka antibiotika do žíly. Odpoledne nebo večer po výkonu již může být ošetřujícím lékařem povolen příjem stravy.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění nádoru z trávicí trubice. Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

Alternativa výkonu.

Alternativní metodou k odstranění nálezu by bylo chirurgické odstranění nádoru v celkové anestézii i s odstraněním příslušné části trávicí trubice.

Následky výkonu

Po provedení FTR je nutná krátkodobá hospitalizace na lůžkovém oddělení, délka trvání se odvíjí od náročnosti výkonu a rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možnou komplikací FTR je proděravění stěny střeva a krvácení při nesprávném nasazení klipu. Dále může dojít k zúžení střeva a k infekci v místě ošetření.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

1.	Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?	ANO	NE
2.	Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?	ANO	NE
3.	Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění?	ANO	NE
4.	Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým:	ANO	NE
5.	Jste těhotná?	ANO	NE

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

--

Jak pacient projevil svou vůli:

--

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina