



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s enteroskopií

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

Enteroskopie:
endoskopické vyšetření tenkého střeva

Účel výkonu

K objasnění a vyřešení Vašich potíží (jako bolesti břicha, krvácení z nejasného zdroje, porucha výživy, atd.) je u Vás třeba provést enteroskopii, tedy vyšetření tenkého střeva endoskopickým přístrojem. Většinou slouží výkon k stanovení diagnózy, ale v některých případech můžeme při vyšetření provést odběr vzorku sliznice, odstranění malých polypů, zastavit krvácení nebo rozšířit zúžení střeva. Jedná se o zavedení endoskopu (optického přístroje) ústy přes jícen a žaludek nebo v některých případech konečníkem přes tlusté střevo a poté zobrazení sliznice tenkého střeva.

Povaha výkonu

Příprava před výkonem:

Výkon se provádí nalačno, minimálně 6-8 hodin před výkonem nejíst, nepít, nekouřit. V případě že se vyšetření provádí konečníkem, je nutno provést očistu střeva pomocí vypití jednoho z očištných roztoků den před a ráno před vyšetřením.

Vlastní výkon:

Při enteroskopii se posunuje ohebný endoskop ústní dutinou a hltnem do jícnu, žaludku a tenkého střeva nebo konečníkem a tlustým střevem do tenkého střeva. V případě potřeby se hltn místně umrtví anebo se podá uklidňující injekce, v některých případech se výkon provádí v celkové anestezii za asistence anesteziologa. K dobré přehlednosti se vyšetřované orgány nafukují vzduchem nebo oxidem uhličitým. V případě potřeby se kleštěmi odebírá vzorek tkáně k histologickému nebo jinému vyšetření. V individuálních případech se během enteroskopie odstraňují malé polypy nebo provádí jiné úkony.

Po ukončení výkonu:

V případě místního umrtvení hltnu 2 hodiny po výkonu nejíst a nepít.
V případě podání uklidňující injekce nebo celkové anestezie 24 hodin neřídít automobil nebo obsluhovat stroje.
Po provedení některých léčebných zákroků může být nutný krátkodobý pobyt v nemocnici a doba lačnění se může prodloužit.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření tenkého střeva k určení druhu a rozsahu onemocnění.

Alternativa výkonu

Alternativou jsou rentgenová vyšetření tenkého střeva různého typu s možným podáním kontrastní látky, které jsou však méně přesné a navíc neumožňuje odebrání vzorků tkáně a léčebné zákroky.

Následky výkonu

Po výkonu následuje krátké sledování na dospávacím lůžku. Následné propuštění je vhodné s doprovodem pro aplikaci utišujících prostředků. V některých případech je pacient sledován na lůžkovém oddělení s dalším postupem. **V případě jakýchkoliv potíží po vyšetření (bolesti břicha, známky krvácení atd.) nutné okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**

Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace enteroskopie jsou vzácné a může se jednat o krvácení po odběru vzorku tkáně nebo po některém léčebném výkonu, alergickou reakci na uklidňující injekci nebo umrtvení hltanu a výjimečně o proděravění vyšetřovaného orgánu (perforace). Po enteroskopii můžete pociťovat škrábání nebo nepříjemné pocity v krku.

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