

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s koloskopií

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

#### **Koloskopie**

zobrazení tlustého střeva a případně konce tenkého střeva endoskopickým přístrojem

### Účel výkonu

K objasnění a vyřešení Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn, je u Vás třeba provést koloskopií, tedy endoskopii tlustého střeva. Jedná se o zavedení endoskopického přístroje přes řitní otvor a přímé zobrazení tlustého střeva a případně konce tenkého střeva s možnými následnými léčebnými výkony, jako je odběr vzorku sliznice, odstranění polypů, zástava krvácení, dilatace stenóz (rozšíření zúžených míst) atd.

### Povaha výkonu

#### **Před výkonem je nezbytné!**

- den před a ráno před vyšetřením provést očistu střeva pomocí vypití jednoho z očištných roztoků, dodržujte prosím svědomitě podané informace
- 3 dny před vyšetřením vynechte ve stravě ovoce, zeleninu a vlákninu (nestavitelné části stravy), den před vyšetřením v dopoledních hodinách jako stravu použijte jen vývar z masa (bujón) bez pevných částí, poté lze pít pouze čiré tekutiny, pokud užíváte léky k doplnění železa, je vhodné je týden před vyšetřením vysadit

#### **Vlastní výkon:**

Při koloskopii se po vyšetření prstem endoskop zasune řitním kanálem do konečníku a poté se postupně tlustým střevem zavádí až do míst, kde tenkého střeva ústí do tlustého. K dobré přehlednosti je nutné tlusté střevo nafouknout vzduchem nebo oxidem uhličitým. Zavádění endoskopu a nafukování plynu může být vnímáno jako nepříjemné. V případě potřeby se podává uklidňující injekce. V případě potřeby se kleštěmi odebrá vzorek tkáně k histologickému vyšetření. V individuálních případech se během koloskopie odstraňují polypy, obvykle pomocí kliček a elektrokoagulačního proudu. Krvácející místa lze ošetřit injekcí látky, která krvácení zastaví, nasazením kovové svorky nebo působením tepla elektrickou sondou. Zúžená místa lze rozšířit speciálním balónkem.

#### **Po výkonu je nezbytné!**

- v případě podání uklidňující injekce 24 hodin neřídít automobil nebo obsluhovat stroj
- po provedení některých léčebných zákroků může být nutný krátkodobý pobyt v nemocnici

**V případě jakýchkoliv potíží po vyšetření (bolesti břicha, krvácení z konečníku atd.) nutné okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**

### Předpokládaný prospěch výkonu

Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

### Alternativa výkonu

Kontrastní rentgenové vyšetření tlustého střeva nebo CT vyšetření tlustého střeva, které jsou však méně přesné a navíc neumožňují odebrání vzorků tkáně a léčebné zákroky.

### Následky výkonu

Po terapeutickém zákroku, zejména odstranění polypu, 1-3 denní hospitalizace s vyloučením stravy, podáváním infusí a kontrolou krevního obrazu.

**Možná rizika zvoleného výkonu:**

Komplikace koloskopie jsou vzácné a může se jednat o krvácení po odběru vzorku tkáně nebo po některém léčebném výkonu, alergickou reakci na uklidňující injekci a o proděravění střeva (perforace). Komplikace jsou obvykle nezávažné, ale některé mohou vyžadovat i následný chirurgický zákrok.

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 znečištění?	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 lékařem 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	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno a příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

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

--

**Jak pacient projevil svou vůli:**

--

<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Datum</b>	<b>Hodina</b>