

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s kapslovou enteroskopií**

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

Název výkonu

Kapslová enteroskopie:
zobrazení sliznice tenkého střeva malou videokapslí

Účel výkonu

Tato procedura zahrnuje pozření speciální kapsle (velikosti velké vitaminové tablety), která zcela přirozeně projde Vaším zažívacím traktem a přitom dojde k obrazovému záznamu střev. Obrazový záznam je přenášen do sensorové jednotky, která je umístěna na Vašem bříše. Sensorová jednotka je připojena k zaznamenávacímu zařízení velikosti walkmana, které uloží všechny záznamy. Toto zařízení je uloženo v monitorovacím pásu, který si upevníte kolem pasu. Po osmi hodinách se vrátíte k lékaři, kde Vám monitorovací pás bude odejmut. Kapsle je určena k jednomu použití a Váš organismus se jí zbaví přirozenou cestou vyměšování. Pokud po určité době kapsle neprojde ze žaludku do tenkého střeva, je jí někdy třeba do tenkého střeva zavést endoskopicky. Ve velmi ojedinělých případech, kdy nedojde k přirozenému vyloučení kapsle se stolicí, je nutno ji odstranit endoskopickým nebo chirurgickým zákrokem.

Povaha výkonu**Příprava před výkonem:**

Aby byl Váš lékař schopen určit co možná nejpřesnější diagnózu, a z důvodu úspěšnosti vyšetření budete muset dodržet tyto instrukce:

Den před kapslovou endoskopií:

- Po obědě, den před zákrokem, začněte s dietou a je nutné vypít malou dávku jednoho z očištných roztoků, který byl Vám předepsán lékařem. Dodržujte svědomitě podané informace. Od 22 hodin v předvečer zákroku nejezte ani nepijte. S výjimkou doušku vody, nutné k zapití léků, berete-li nějaké.
- Dvě hodiny před zákrokem neberte žádné léky.
- 24 hodin před zákrokem se vyvarujte kouření.
- K lékaři se ve stanovený termín dostavte včas a oblečení do volného, dvoudílného oděvu.**
- U lékaře absolvujete před vyšetřením pohovor. Během tohoto pohovoru budete informováni o průběhu zákroku. Existuje zde velmi malá šance, že tento zákrok bude spojen se střevními obtížemi. Budete zaznamenáni do nemocničního informačního systému a požádáni o vyslovení souhlasu s provedením zákroku.
- Okolo pasu Vám bude umístěn monitorovací pás, do kterého bude nainstalováno zaznamenávací zařízení. Poté budete instruován/a, jak pozřít kapsli.
- Po pozření kapsle nejezte ani nepijte, a to nejméně po dobu dvou hodin.**
- Po uplynutí 4 hodin si můžete dopřát něco lehčího k jídlu. Po ukončení vyšetření se můžete vrátit k původnímu stravovacímu režimu. Výše popsaných instrukcí se držte, porušit je můžete jedině, kdyby Vám lékař předepsal specifickou dietu. V případě, že byste během vyšetření trpěli bolestmi břicha, dostavil by se pocit na zvracení nebo byste dokonce zvraceli, okamžitě kontaktujte Vašeho lékaře.

Vlastní výkon:

9. V době po pozření až do přirozeného vyloučení kapsle byste se měli vyvarovat pohybu v blízkosti přístrojů, které jsou zdrojem elektromagnetického pole a zdržování se v elektromagnetickém poli (magnetické rezonance, amatérské rádio apod.).
10. Někdy může vlivem působení elektromagnetického pole dojít ke ztrátě získaného snímku/obrazu. V takových případech to může vést k opakování celého vyšetření. V tomto případě může dojít k situaci, kdy budete lékařem vyzváni, abyste v době vyšetření neopouštěli prostředí kliniky/nemocnice. Toto opatření má zamezit opakované ztrátě snímků.
11. Kapslová endoskopie trvá kolem osmi hodin a pouze lékař ji může prohlásit za ukončenou. **Neodpojujte vybavení ani nesnímejte pás, dokud nebude vyšetření prohlášeno za ukončené.** Zaznamenávací zařízení je klasifikováno jako minipočítač, proto by s ním mělo být zacházeno s patřičnou péčí. Nemělo by dojít k prudkým pohybům a boucháním s tímto zařízením.
12. Během vyšetření si každých 15 minut musíte ověřit, zda malé světlo na vrchní straně zaznamenávacího zařízení bliká (každou sekundu dvakrát). Jestliže z jakéhokoliv důvodu dojde k narušení režimu blikání, zaznamenejte čas a kontaktujte lékaře. Zaznamenávejte čas a průběh každé události jako je: příjem potravin, příjem tekutin, zvýšenou fyzickou aktivitu a všechny neobvyklé pocity. Tato fakta budete zaznamenávat do **Formuláře monitorujícího události**. Vyplněný formulář po skončení vyšetření vraťte i s vybavením užitým k vyšetřením lékařům.
13. Vyvarujte se všech namáhavých fyzických aktivit, zvláště těch, při nichž dochází k pocení. V průběhu endoskopického vyšetření se nepředklánějte ani nesklánějte.

Po výkonu:

Svým lékařem budete informováni o způsobu vrácení vybavení použitého k vyšetření. Pouze, jestliže jste byli lékařem vyzváni k odejmutí použitého vybavení, postupujte následovně:

- a) odpojte sensorové jednotky od zaznamenávacího zařízení dat,
 - b) sejměte monitorovací pás (se zaznamenávacím zařízením a bateriemi),
 - c) odpojte zaznamenávací zařízení od zdroje/baterií,
 - d) umístěte zaznamenávací zařízení dat a baterie na bezpečné místo.
14. Umístěte sensorové jednotky dohromady se zbytkem vybavení. Zaznamenávací zařízení dat monitoruje a ukládá pořízený snímek. Se zaznamenávacím zařízením dat, monitorovacím pásem, jednotkou sensorů a bateriemi by se mělo zacházet opatrně. Nevystavujte vybavení vibracím a přímému slunečnímu záření. Porušení by mohlo vést ke ztrátě informací. Vybavení co nejdříve vraťte lékařům.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odhalit, lokalizovat a opticky přímo verifikovat onemocnění tenkého střeva (zánět, vřed, polyp, nádor).

Alternativa výkonu

Kontrastní rentgenové vyšetření tenkého střeva s menší diagnostickou výtěžností, endoskopické vyšetření tenkého střeva, při kterém obvykle nelze vyšetřit celé tenké střevo.

Následky výkonu

Výkon se obvykle provádí ambulantně, nicméně v den výkonu se musíte zdržovat v okolí nemocnice a po 8 hodinách se musíte dostavit do ordinace k odejmutí snímací jednotky.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Podstoupení vyšetření na magnetické rezonanci v době, kdy kapsle je přítomna ve Vašem těle může vést k vážnému poškození trávicího traktu nebo břišní dutiny.

Jestliže si nejste jisti, že došlo k přirozenému vyloučení kapsle z Vašeho těla a vyskytnou se u Vás pocity na zvracení, bolesti břicha nebo dokonce zvracení, ihned kontaktujte lékaře. Ten provede vyšetření, případně rentgen břicha.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

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
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředí, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	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 nezamířel(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

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient souhlas svým podpisem.

Ověřte všechny identifikační údaje pacienta, zda jsou platné. Znovu ověřte, zda pacient všemu rozumí a souhlasí s výkonem.

Pokud došlo ke změně osobních údajů pacienta nebo pacient s něčím nesouhlasí, je nutné vyplnit nový IS.

Datum	Souhlas pacienta	Podpis pacienta	Jmenovka a podpis lékaře, který podal informaci
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		