FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s neúplnou koloskopií

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

Název výkonu

Neúplná koloskopie (rektoskopie, rektosigmoideoskopie):
vyšetření konce tlustého střeva (konečníku a esovité kličky) endoskopickým přístrojem

Účel výkonu

K objasnění a vyřešení Vašich potíží je třeba provést neúplnou koloskopii, tedy endoskopické vyšetření konce tlustého střeva (konečníku a esovité kličky) s možnými následnými léčebnými výkony, jako je odběr vzorku sliznice, odstranění polypů, zástava krvácení, rozšíření zúžených míst atd. Pokud se předpokládá umístění patologických změn v konečníku nebo esovité kličce, není vždy nutné vyšetřovat celé tlusté střevo. Před neúplnou koloskopií obvykle není nutno užívat očistné roztoky.

Povaha výkonu

Příprava před výkonem:

Výkon se provádí nalačno, minimálně 6 hodin před výkonem nejíst, nepít, nekouřit.

V některých případech dle rozhodnutí lékaře je před vyšetřením nutno podat očistný nálev, nebo provést očistu střeva pomocí vypití jednoho z očistných roztoků používaných před úplnou koloskopií.

Vlastní výkon:

Při neúplné koloskopii se po vyšetření prstem endoskop zasune řitním kanálem do konečníku a poté postupně do esovité kličky. K dobré přehlednosti je nutné tlusté střevo nafouknout vzduchem nebo oxidem uhličitým. Uklidňující injekce je při neúplné koloskopii nutná jen výjimečně. V případě potřeby se kleštěmi odebírá vzorek tkáně k histologickému vyšetření. V individuálních případech se během neúplné 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 ukončení výkonu:

V případě podání uklidňující injekce 24 hodin neřídit automobil nebo obsluhovat stroje a vykonávat jiné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost. Po provedení některých zákroků může být nutný krátkodobý pobyt v nemocnici. **V případě jakýchkoliv potíží (bolesti břicha, krvácení z konečníku atd.) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření tlustého střeva (konečníku a esovité kličky) k určení druhu a rozsahu onemocnění.

Alternativa výkonu

Kontrastní rentgenové vyšetření konečníku s menší diagnostickou výtěžností a nemožností odběru bioptického vzorku z postiženého úseku střeva.

Následky výkonu

Po terapeutickém zákroku, zejména odstranění polypu, může být nutné několikadenní sledování za hospitalizace s vyloučením stravy, podáváním infusí a kontrolou krevního obrazu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace neúplné 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 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**