INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM
KOLOSKOPIE, SIGMOIDEOSKOPIE, REKTOSKOPIE

Centrum gastroenterologie s.r.o.

Příjmení, jméno, titul:	
Rodné číslo:	

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám doporučil vyšetření – koloskopie.
Informace uvedené níže Vám pomohou připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení. Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění, jsme povinni Vám poskytnout srozumitelné informace k seznámení se se způsobem a účelem plánovaného vyšetření včetně očekávaných následků a možných nebezpečí pro zdraví a tím Vám umožnit se informovaně rozhodnout o jeho provedení nebo odmítnutí. Máte právo plánovaný výkon předem odmítnout. Při poskytování lékařské péče se řídíme metodickými doporučeními odborných lékařských společností a medicínou založenou na důkazech – evidence based medicine. Bezpečí pacienta je za všech okolností prioritní.

ZDRAVOTNÍ VÝKON A JEHO ÚČEL

Koloskopie je endoskopické kompletní (koloskopie) nebo nekompletní vyšetření tlustého střeva (sigmoideoskopie, rektoskopie). Důvodem vyšetření je prevence, podezření na onemocnění tlustého střeva, plánovaný endoskopický zákrok či v případě známé choroby kontrola jejího rozsahu a aktivity. Dle potřeby je v průběhu vyšetření provedený odběr vzorků ze sliznice k histologickému vyšetření a případné léčebné zákroky (odstranění nalezených polypů, ošetření krvácení, odstranění abnormální tkáně, odstranění cizího tělesa, rozšíření zúžení/stenózy).

ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI VÝKONU

Koloskopie nemá žádnou srovnatelnou alternativu. Irrigografie je méně přesná zobrazovací metoda, bez možnosti odběrů slizničních vzorků, CT kolografie a bezdrátová kapslová koloskopie neumožní odběr slizničních vzorků a případný léčebný zákrok.

PŘÍPRAVA K VÝKONU

K provedení vyšetření je nezbytná střevní očista, která se zahajuje den před vyšetřením. Diétní opatření je potřebné dodržovat několik dní před vyšetřením a jsou vydány v samostatném poučení. Večer a v den vyšetření nekonzumujte alkoholické nápoje, ranní medikaci nevynechávejte – lze zapít malým množstvím tekutin (do 200 ml) nejdéle 2 hodiny před vyšetřením. Před diagnostickou koloskopií obvykle není nutné vysazovat či přerušovat léky ovlivňující krevní srážlivost. Pokud se léčíte s cukrovkou, konzultujte úpravu medikace se svým diabetologem.

ZPŮSOB VYŠETŘENÍ

Vyšetření se provádí vleže na levém boku. V určitých případech lze současně za účelem lepší tolerance vyšetření podat uklidňující léky (sedace, analgosedace). Tyto jsou aplikovány nitrožilně, po předchozím zavedení periferní žilní kanyly, jejich podání je spojeno s omezením denního režimu po vyšetření a vyžaduje přítomnost doprovodné osoby, která Vám zajistí po vyšetření bezpečnou dopravu domů. Po úvodní přípravě (lokální anestesie a/nebo sedace, analgosedace) je zavedený ohebný přístroj (endoskop) konečníkem do tlustého střeva.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Jsme povinni Vás upozornit, že žádný zásah do tělesné integrity není zcela bez rizika. Komplikace se při a po vyšetření v určitém, i když v malém procentu vyskytují. Koloskopie je vzácně spojena s komplikacemi jako je krvácení (časné nebo pozdní) nebo porušení stěny tlustého střeva. Riziko krvácivých komplikací zvyšují léky ovlivňující krevní srážlivost – jejich užívání je nutné před vyšetřením hlásit vyšetřujícímu lékaři. Případné komplikace jsou zpravidla řešeny endoskopicky, ve vzácných případech si však můžou vyžádat chirurgické řešení. Léky používané k sedaci mohou kromě vědomí ovlivnit také činnost krevního oběhu a dýchání, a to po dobu až 24 hod. od jejich podání. Před vyšetřením je třeba nahlásit, pokud má pacient zaveden kardiostimulátor nebo kardioverter. Neadekvátní střevní očista může být důvodem k nedokončení koloskopie s nutností jejího opakování.

REŽIM PO VYŠETŘENÍ

Po podání sedace/analgosedace musíte dodržovat tato omezení: do rána následujícího dne (nejlépe na dobu 24 hodin) nesmíte pečovat o děti nebo jiné osoby vyžadující pomoc, chodit do zaměstnání, konzumovat alkoholické nápoje, jezdit sám hromadnou dopravou, řídit dopravní prostředek včetně kola, ovládat stroje nebo provádět jakékoli činnosti, u kterých je vyžadovaná zvýšená pozornost, používat ostré předměty, odjíždět na delší cesty, zůstat přes noc sám bez dohledu dospělého doprovodu, činit významná, zejména právně závazná rozhodnutí a podepisovat právní dokumenty. Po podání sedace byste měl/a nejméně do rána následujícího dne zůstat doma, odpočívat, jíst pouze malé porce lehkých jídel. Ve vybraných případech si koloskopie může vyžádat změny léčebného režimu a další preventivní opatření (další jiná vyšetření, další koloskopie).

PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ před provedením vyšetření a před udělením souhlasu!

PROHLÁŠENÍ OŠETŘOVANÉ OSOBY

Prohlašuji a potvrzuji, že mi byly poskytnuty informace k plánovanému výkonu. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mě podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Byl mi objasněn postup a způsob provedení gastroskopie, účel a důsledky postupu, včetně možných rizik. Souhlasím s navrhovaným provedením popsaného výkonu a vším, co s tím souvisí. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších organizačních a léčebných kroků (opatření) nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny dle uvážení lékaře. Souhlasím s prováděním zdravotnických úkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby, např. aplikace injekcí, infuzí, odběry biologického materiálu a další potřebné a kontrolní vyšetřovací zdravotnické výkony a metody.
Prohlašuji, že jsem seznámen/a s riziky a případné komplikace popsané shora beru na vědomí a nepovažuji je v případě jejich vzniku za škodu na zdraví způsobenou při plánovaném výkonu, pokud bude ošetření provedeno řádně (lege artis).
Prohlašuji, že jsem nezamlčela žádné mně známé údaje o svém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že jsem porozuměl/a poskytnutým informacím a SOUHLASÍM s provedením výkonu. SOUHLASÍM/NESOUHLASÍM s podáním analgosedace.

……. **…….**
Podpis pacienta ev. jeho zákonného zástupce **Jmenovka a podpis lékaře**

V ……., dne …… v hod. ……