

Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb

podle § 28 až 42 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

EDUKACE PACIENTA

NEÚPLNÁ KOLONOSKOPIE – SIGMOIDEOSKOPIE (s případnou polypektomií)

Pracoviště: Zdravotnické zařízení:

GS- Gastro, s.r.o.

IČO: 05187311

Nová poliklinika Zbraslav

Elišky Přemyslovny 1325

156 00 Praha 5 – Zbraslav

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Bydliště:

zákonný zástupce pacienta nebo opatrovník:

Informace o výkonu:

Sigmoideoskopie (neúplná kolonoskopie) je vyšetření konečníku a části tlustého střeva k vyloučení patologického nálezu za použití kolonoskopu, což je tenký ohebný dlouhý přístroj umožňující zobrazení vyšetřované oblasti. Při podezření na patologický nález je možné prostřednictvím tohoto přístroje odebrat malé kousky tkáně střeva na mikroskopické vyšetření. Odběr vzorků je nebolestivý. Pokud se při vyšetření nalezne polyp, bude (pokud to okolnosti dovolí) provedena polypektomie, což je odstranění polypu polypektomickou kličkou. Polypektomie je také nebolestivá.

V současné době neexistuje alternativní výkon, kdy by bylo možno vyšetřit konečník a část tlustého střeva, odebrat vzorky podezřelých tkání a případně léčebně zasáhnout v rámci jednoho zdravotního výkonu.

Příprava před vyšetřením:

Den před vyšetřením je nutné dodržet pouze kašovitou stravu, večer před vyšetřením se již nesmí jíst. Pít můžete.

Večer před vyšetřením aplikujete do konečníku jeden glycerinový čípek, ráno před vyšetřením potom aplikujete do konečníku druhý glycerinový čípek. Pokud by byl ve vašem případě potřeba jiný druh přípravy, lékař vás bude o postupu přípravy informovat.

Popis vyšetření:

V poloze na levém boku vám bude zaveden endoskopický přístroj do konečníku a do části tlustého střeva (v rozsahu asi 40 – 50 cm od řitního otvoru). Během vyšetření můžete chvílemi pociťovat napětí a tlaky ve střevě při jeho nafukování, což je nezbytné pro dobrou viditelnost při vyšetření. Tyto obtíže jsou běžné a brzy po vyšetření pominou. Vyšetření trvá zhruba 10 – 15 min.

Po vyšetření:

Řiďte se radami vyšetřujícího lékaře.

Rizika vyšetření:

Sigmoideoskopie může vést k některým komplikacím, které jsou ale zcela výjimečné. Např. může dojít k alergické reakci na podaný lék, který se vpichuje při ošetření do hemeroidů, nebo může dojít k perforaci střeva či krvácení. Tyto komplikace jsou zcela výjimečné, ale mohou vyžadovat akutní léčbu nebo dokonce operaci. Odběr vzorku tkáně a operační odstranění polypů vede pouze k malému krvácení, pokud ovšem netrpíte zvláštním sklonem ke krvácení. Abychom snížili riziko většího krvácení nebo alergické reakce, případně jiné komplikace na minimum, zodpovězte prosím následující otázky:

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Vyskytuje se u vás či člena vaší rodiny zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních? | ANO - NE |
| 2. Trpíte nějakou alergií? Pokud ano, napište jakou. | ANO - NE |
| 3. Máte kardiostimulátor, nějaké potíže se srdcem nebo astma? | ANO - NE |
| 4. Máte nějaké jiné závažné onemocnění? Pokud ano, napište jaké. | ANO – NE |

V případě komplikací po sigmoideoskopii či polypektomii (např. prudká bolest v břiše, krvácení z konečníku, černá stolice) kontaktujte nejbližší chirurgické oddělení

Prohlášení pacienta / zákonného zástupce:

Tímto prohlašuji, že:

- jsem byl/a ze strany výše uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o výše uvedeném zdravotním výkonu – sigmoideoskopii (s případnou polypektomií)
- jsem byl/a informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče indikujícím lékařem
- jsem byl/a informován/a o případných alternativách indikujícím lékařem
- jsem byl/a informován/a o možných důsledcích a rizicích navrhované zdravotní péče
- mně bylo umožněno klást doplňující otázky
- jsem nic nezamlčel/a o svém zdravotním stavu / zdravotním stavu osoby mnou zastoupené
- jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu – sigmoideoskopií, odběrem vzorků a s případným léčebným zákrokem
- v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré potřebné postupy k záchraně mého života nebo zdraví / záchraně života nebo zdraví osoby mnou zastoupené

Poučení jsem porozuměl/a, nemám již žádné otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji svůj souhlas.

V Praze dne:

podpis pacienta (zástupce)

razítko zdravotnického zařízení

podpis lékaře, který vyšetření provedl