

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotních výkonů

ENDOSKOPIE DOLNÍHO ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

(koloskopie neboli kolonoskopie)

Pacient: Jméno, příjmení, číslo pojištěnce, pojišťovna (resp. štítek pacienta):

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu:

PROČ DOPORUČUJEME ENDOSKOPII TLUSTÉHO STŘEVA?

Léčba nabízí tím lepší vyhlídky na úspěch, čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění. Na základě Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v zaživacím traktu se u Vás pokládá za žádoucí endoskopie tlustého střeva. Nevyhnutelnou podmínkou kolonoskopického vyšetření je dokonalé vyprázdnění tlustého střeva; bez vyprázdnění není vyšetření možno provést. Dodržujte proto, prosím, svědomitě poučení k čištění střeva.

Postup při provádění výkonu:

Ohebný optický přístroj (endoskop) se zasune konečníkem až do míst, kde tenké střevo ústí do tlustého, což může být bolestivé, proto před vyšetřením aplikujeme injekci k tišení bolesti, která negativně ovlivní Vaši schopnost řídit motorové vozidlo několik hodin po vyšetření. Během vyšetření vpravujeme do střeva vzduch, což můžete nepříjemně vnímat. Při zákroku mohou být odebrány malými kleštěmi vzorky tkáně a elektrickou smyčkou odstraněny polypy.

Možné komplikace a rizika:

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Pokud nemáte zvláštní sklon ke krvácení, vede odběr tkáně bioptickými kleštěmi pouze k malému krvácení. Alergické reakce nebo nepřiměřený útlum po uklidňující injekci, větší krvácení (např. odstranění polypů) nebo poranění střeva nástrojem jsou vzácné.

Abychom snížili riziko krvácení a místního umrtvení na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky (označte křížkem):

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, precitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení?
 ANO NE
4. Jste těhotná?
 ANO NE
5. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie)? Jestliže ano, kterým?
 ANO NE Uveďte:.....

CHOVÁNÍ PO VYŠETŘENÍ

Pokud jste dostal/a uklidňující injekci, nesmíte vzhledem k omezení Vašich reakcí během následujících 24 hodin řídit automobil nebo obsluhovat stroj. Informujte okamžitě svého lékaře, jestliže budete po vyšetření

pocítovat bolesti břicha nebo zjistíte-li krvácení z konečníku. V případě výše uvedené komplikace se poraďte se svým ošetřujícím (obvodním) lékařem, popřípadě máte možnost se poradit na tomto telefonním čísle: 388 600 248, popřípadě 388 600 247, 388 600 111 (recepcce nemocnice, žádejte spojit interní event. chir. oddělení). Po vyšetření doporučujeme klidový režim, neřídít 24 hod. automobil a jiný stroj, neprovozovat sport, nejezdit autem dlouhé trasy (jako spolucestující), nezvedat těžké předměty.

Strava po vyšetření: pokud byla kolonoskopie bez terapeutického výkonu, pak hodně pít a jíst lehkou stravu v den po provedeném výkonu. Pokud byl provedený jakýkoliv terapeutický výkon při kolonoskopii, pak doporučujeme pít tekutiny (čiré), lehčí strava až ve večerních hodinách (bezpečnostní opatření, pokud by bylo zapotřebí opakovat endoskopii event.. operační výkon pro komplikaci endoskop. výkonu).

Nemocným doporučujeme, aby si k odchodu z nemocnice domluvili doprovod.

Souhlas pacienta s poskytnutím zdravotní péče

Byl/a jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích dne..... v hod.
podpis pacienta

Poučující lékař:
jméno a příjmení
podpis

V případě, že se pacient nemůže podepsat:

Prohlášení svědka, který byl projevu souhlasu přítomen.

Jméno a příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatic, a.s., uveďte také adresu a datum narození svědka):

.....

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:.....

Pacient projevil souhlas tak, že:.....

Podpis svědka: