**Informovaný souhlas pacienta**

**s endoskopií – koloskopií dolního trávicího traktu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pacient/ka – jméno a příjmení: |  | Rodné číslo (číslo pojištěnce): |  |
| Adresa trvalého pobytu pacienta/ky):(případně jiná adresa) |  |

|  |
| --- |
| **Název výkonu****Endoskopie – koloskopie dolního trávicího traktu** (zobrazení tlustého střeva optickým přístrojem) |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu**Vážená pacientko, paciente, velmi si vážíme důvěry, kterou jste nám projevila. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohl(a) svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek vám provedeme endoskopii – koloskopii dolního trávicího traktu.K objasnění a vyřešení Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v trávicím traktu, je u Vás třeba provést endoskopii tlustého střeva – přímý pohled do Vašeho tlustého střeva pomocí endoskopu (přístroje s optikou). |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu****Před výkonem je nezbytné!*** v den výkonu a 12 hodin před výkonem nekouřit,
* den před výkonem provést vyčištění střeva: dodržujte, prosím, svědomitě poučení k očištění střeva,
* 3 dny před vyšetřením vynechejte ve stravě ovoce, zeleninu a vlákninu (nestravitelné části stravy), den před vyšetřením v dopoledních hodinách jako stravu použijte jen vývar z masa (bujón) bez těstovin a bez zavářky, dle ordinace lékaře vypijte vyprazdňovací roztok

**Vlastní výkon:**Ohebný optický přístroj (endoskop) se zasune konečníkem až do míst, kde tenké střevo ústí do tlustého, což může být bolestivé. V případě potřeby dostanete uklidňující injekci tišící bolest. Dále se pomocí přístroje do střeva vpraví vzduch. Vpravením vzduchu je možné prohlédnout tlusté střevo a tak zjistit chorobné změny. Při výkonu mohou být odebrány malými kleštěmi vzorky tkáně a elektrickou smyčkou odstraněny polypy.**Po výkonu je nezbytné!*** po uklidňující injekci 24 hodin neřídit automobil nebo obsluhovat stroj.

V případě odstranění větších polypů můžete být hospitalizováni v nemocnici na nejvýše nezbytnou dobu.**V případě jakýchkoliv potíží (bolesti břicha, krvácení z konečníku atd.) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!** |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu. |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu****Možné komplikace:**Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace:* krvácení v místě odebrání vzorku nebo odstranění polypu,
* poranění střeva nástrojem,
* alergie na podanou utišující injekci,
* v případě vzniku komplikací je ve výjimečných případech nutné podstoupit chirurgický výkon.
 |

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Vzor vyplnění (zatržení):*** | Zakroužkujte správnou odpověď |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 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 zdravotnickým pracovníkem sdělenya vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem 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/ky nebo zákonného zástupce |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení** lékaře, který podal informaci  | **Podpis** **lékaře,** který podal informaci |
|  |  |