

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

Kolonoskopie

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Kolonoskopie je nejspolehlivější metoda ke zhodnocení dolní části trávicího ústrojí, která se provádí ohebným (flexibilním) přístrojem s optikou. Vyšetření lze provést jen u připravených nemocných (vyprázdnění střeva pomocí speciálních roztoků). Přístroj zasuneme konečником až do míst, kde ústí tenké střevo do tlustého. Hodnotíme stav střevní sliznice, můžeme bezbolestně odebírat malé vzorky tkáně a dle potřeby snášet i polypy. Jsou možné nepříjemné pocity v oblasti břicha, způsobené zaváděním přístroje a vpravováním vzduchu do střeva. U zvláště rozrušených pacientů můžeme podat před vyšetřením injekci ke zklidnění. Vyjimečně se vyšetření provádí v celkové anestezii.

Možné alternativy výkonu (stručně hodnocení):

Vyšetření RTG- kontrastní látkou či virtuální CT. Obě vyšetření nejsou tak přesná a neumožňují odběr vzorku k histologickému vyšetření a odstranění polypu.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace jsou velmi vzácné. Možné drobné krvácení po odběru vzorku či polypektomii, alergické reakce na uklidňující injekci, větší krvácení nebo perforace (např. po odstranění polypů), s nutností dalšího ošetření, s možností odstranění části střeva nebo vyžití střeva na stěnu břišní, zánětlivá reakce s rozvojem zánětu pobřišnice a selháním zákl. životních funkcí, při nepříznivém průběhu mohou být tyto komplikace smrtelné.

Proč je tento výkon prospěšný (význam pro stav pacienta):

Rozpoznání chorobných změn v trávicím traktu a možnost zahájení adekvátní terapie.

Možná následná omezení způsobu života či pracovní schopnosti spojená s výkonem:

Obvykle bez následných omezení způsobů života a trvalých následků. Při výskytu závažnějších komplikací hospitalizace a další léčba.

Léčebný režim a preventivní opatření ev. kontrolní léč. či vyšetřovací výkony:

Pokud po vyšetření budete pociťovat bolesti břicha se zvracením nebo zjistíte krvácení z konečniku, informujte okamžitě chirurgickou ambulanci.

Následné změny zdravotní způsobilosti:

Pokud aplikujeme uklidňující injekci musíte mít zajištěn doprovod, nesmíte vzhledem k omezení Vašich reakcí do 24 hodin po aplikaci řídit motorová vozidla nebo obsluhovat stroje. Jinak většinou bez následných změn způsobilosti.

Pacient byl náležitě poučen o možnosti odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším alternativním postupu či ustoupení od výkonu.

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Já pacient /zákonný zástupce:

Byl jsem podrobně lékařem informován o potřebě výše uvedeného výkonu v rozsahu výše uvedeném. Byl jsem seznámen se způsoby léčby mého onemocnění a jejich riziky. Uvědomuji si, že nelze vždy přesně určit všechna rizika dané léčby vzhledem k jedinečnosti každého člověka. Byl jsem rovněž seznámen s možností odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu i s riziky neléčení mého onemocnění.

Prohlašuji, že:

- po osobní rozmluvě s lékařem a po vlastní svobodné rozvaze souhlasím se zvoleným postupem vyšetření a léčby. Výše uvedeným informacím a poučením jsem plně porozuměl.

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

Kolonoskopie

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

- měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly plně zodpovězeny
- může mi být proveden další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav
- pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě poskytnuty také pacientovi.

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

Datum a čas:

.....
Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a

.....
Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce

Případný svědek/svědci

.....
Podpis svědka/svědků

Jakým způsobem pacient/pacientka projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat