

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem***Kolonoskopie**Identifikační štítek  
pacienta

Vážená paní, vážený pane,

lékařem Vám bylo doporučeno kolonoskopické vyšetření. Provedení tohoto výkonu vyžaduje Váš písemný souhlas. Než se rozhodnete podstoupit toto vyšetření, seznamte se prosím s informacemi o důvodech, průběhu a možných rizicích. Pokud byste níže uvedenému nerozuměl (a) nebo pokud byste chtěl (a) znát více podrobných informací, rádi Vám na Vaše případné dotazy odpovíme.

**Důvody k výkonu a jeho cíl**

Cílem tohoto výkonu je vyšetření konečnicku, tlustého střeva a případně i navazujícího úseku tenkého střeva ohebným přístrojem – endoskopem, při podezření na jejich onemocnění. Příčinou mohou být zažívací obtíže, bolesti břicha, průjemy nebo zácpa, hubnutí, příměs krve ve stolici, chudokrevnost nebo pozitivní test na okultní krvácení.

**Jiné, alternativní, možnosti vyšetření**

Kolonoskopii je možno nahradit CT vyšetřením (CT kolografie). Kolonoskopie je však přesnější vyšetření, umožňuje i odběr tkáně na histologické vyšetření nebo odstranění polypů, které se vyskytují přibližně u 30-40% pacientů. Neprovedení tohoto vyšetření může mít za následek opoždění nebo nesprávné určení diagnózy onemocnění a léčby např. zhoubného nádoru, polypu (tkáňový výrůstek) či zánětu, s možností nevratných trvalých zdravotních následků až ohrožení života.

**Příprava k vyšetření**

Předpokladem úspěšného vyšetření je řádné vyprázdnění a očištění střeva od stolice. Toho se dosáhne dietními opatřeními a vypitím vyprazdňovacích roztoků. O postupu vyprazdňování před výkonem Vás předem poučíme, dostanete rovněž písemný návod. Přesto, v případě nejasností, Vám rádi vše osobně či telefonicky vysvětlíme (tel. 573 322 251 Gastroenterologická ambulance). Většina pacientů podstoupí přípravu i vyšetření ambulantně, v některých případech je možno pacienta připravit a vyšetřit za hospitalizace, např. pacienty s těžší formou diabetu mellitu (cukrovkou) či jiným závažným chronickým onemocněním.

**Průběh výkonu**

Před samotným vyšetřením se aplikuje pacientům tzv. premedikace, to znamená injekční podání léků k celkovému zklidnění a utlumení bolesti, aby se vyšetření usnadnilo. Obvykle se nitrožilně aplikují léky - sedativa, případně v kombinaci - sedativa s opiátovými analgetiky. Pokud budete chtít aplikovat premedikaci, musíte mít zodpovědný doprovod!!

Vyšetření se provádí vleže, zpočátku na levém boku, dle potřeby je možno v průběhu vyšetření polohu měnit. Konečnickem se postupně zavádí ohebný přístroj - endoskop až na konec tlustého střeva. Dovnitř střeva se vpravuje malé množství vzduchu a vody, aby vyšetřující lékař dobře viděl vnitřek orgánu. Zavádění přístroje může být někdy spojeno s nepříjemnými pocity. Na případné bolesti ihned upozorněte vyšetřujícího lékaře. V průběhu vyšetřování může lékař malými kleštičkami odebrat částičky tkáně na histologické vyšetření (odběr je nebolestivý) nebo provést malý léčebný zákrok.

Pokud je v průběhu vyšetření diagnostikován polyp (výrůstek tkáně většinou tvořený nezhojným nádorkem), je doporučeno jako prevence zhoubného nádoru jeho odstranění, tzv. polypektomie. Je-li to možné, jsou polypy odstraněny již při úvodním vyšetření. Odstranění se provádí zatažením drátěné smyčky okolo polypu a následnou aplikací elektrického proudu z elektrochirurgické jednotky dojde k jeho oddělení (výkon je nebolestivý).

Informace o odstranění polypu jsou obsahem poučení pacienta v tzv. Informovaném souhlasu o endoskopické polypektomii v dolní části zažívacího traktu, který je poskytnut současně s tímto poučením.

**Rizika výkonu**

Zcela bezrizikový průběh Vám i při nejvyšší pečlivosti nemůže zaručit žádný lékař, závažné komplikace jsou však poměrně vzácné. Mezi komplikace patří poranění střeva přístrojem či nástrojem včetně možnosti protržení střeva. Při odstraňování polypů může dojít k většímu krvácení z cévy ve stopce polypu, k proděravění střeva nebo k tepelnému poškození stěny střevní. Větší krvácení při odběru vzorků tkáně je velmi vzácné. Některé ze závažnějších komplikací by

si mohly vyžádat i chirurgické ošetření.

Abychom snížili riziko komplikací, odpovězte nám prosím, na následující otázky:

- |    |  |          |
|----|--|----------|
| 1. | Trpíte alergií - přecitlivělostí na léky, náplast, potraviny?  | NE - ANO |
| 2. | Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu? Tvoří se Vám snadno podlitiny? | NE - ANO |
| 3. | Užíváte léky snižující krevní srážlivost? (Warfarin, Pradaxa, Xarelto či jiné ?                                | NE - ANO |
| 4. | Jste těhotná?  | NE - ANO |
| 5. | Trpíte chronickým onemocněním? Jakým? Máte kardiostimulátor?   | NE - ANO |

### Omezení po výkonu

Pokud bylo provedeno složitější odstranění polypů, může Vám lékař navrhnout krátkou 1-2 denní hospitalizaci k pozorování a může být nutná pracovní neschopnost. Neplánujte si výkon před dovolenou či pracovní cestou, obzvláště pak cestování letadlem.

Po aplikaci premedikace může být sníženo Vaše soustředění a pozornost, proto nesmíte po výkonu celý den řídit auto či obsluhovat stroj. V den výkonu již není vhodný návrat do práce. Z téhož důvodu si v tento den neplánujte žádná důležitá jednání. Nejen starší osoby ocení doprovod blízkého člověka a odvoz domů.

**Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo):** \_\_\_\_\_

**Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: kolonoskopie.**

**Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:**

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu.
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby.
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek**.

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s výkonem**.

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne, hod. \_\_\_\_\_

Podpis pacienta \_\_\_\_\_

či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka \_\_\_\_\_

Podpis svědka<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

1 jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.