

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

Enteroskopie

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Enteroskopie je vyšetření tenkého střeva.

Podle klinických příznaků (bolesti břicha, krvácení z nejasného zdroje, porucha výživy...) byla indikována enteroskopie.

Průběh výkonu:

Výkon spočívá ve vyšetření tenkého střeva enteroskopem (optický ohebný přístroj), který se zasune ústy do jícnu, žaludku a dvanáctníku a dále do horní poloviny tenkého střeva. Přímou hodnotíme stav sliznice, můžeme odebírat malé vzorky.

Výkon slouží ke stanovení diagnózy.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Možné jsou nepříjemné pocity v oblasti hltanu, proto se aplikuje znečítlivující sprej. Dýchací cesty zůstávají volné, dýchání není omezené. Nadavování je způsobené přívodem vzduchu do žaludku. Pro lepší snášenlivost se podává uklidňující látky. Další komplikace jsou vzácné - jsou to krvácení po biopsii, vyjímečně perforace střeva.

Alternativy výkonu:

Alternativou je CT (computerová tomografie) tenkého střeva po stejné přípravě jako při enteroskopii. Je to jen zobrazovací metoda, proto není možné odebrat vzorky a není možný terapeutický zákrok.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Po výkonu následuje krátká observace na dospávacím lůžku.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Následné propuštění je vhodné s doprovodem pro aplikaci utišujících prostředků. Ve vyjímečných případech je pacient observován na lůžkovém oddělení.

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas**.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

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

Datum a čas:

Datum a čas:

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

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

Případný svědek/svědci

.....

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

Enteroskopie

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

Podpis svědka/svědků

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