

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

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

Kapslová enteroskopie

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Kapslová enteroskopie je vyšetření tenkého střeva .

Podle klinických příznaků (nejasné bolesti břicha, krvácení z nejasného zdroje, porucha výživy...) je indikováno toto vyšetření. Nález z tohoto vyšetření může být podkladem pro další léčbu, a to i chirurgickou.

Výkon spočívá ve vyšetření tenkého střeva kapslí (nahrávací zařízení velikosti velké tablety), který pacient polkne, pak spontánně projde jícnem, žaludkem a dvanáctníkem, dále do tenkého střeva. Při průchodu provádí snímky sliznice, které se nahrávají na přenosné zařízení u pasu pacienta.

Výkon slouží ke stanovení diagnózy.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace jsou vzácné, jednou z nich je pomalá pasáž kapsle ze žaludku, kdy se pak musí posunout do tenkého střeva gastroskopem. Vzácnou komplikací je retence (zaklínění) kapsle v oblasti srůstů či stenoz (vazivové zúžení) při Crohnově chorobě či nádoru neprostupným pro kapsli. Pak je nutno kapsli vyjmout chirurgicky.

Alternativy výkonu:

Alternativou je CT (computerová tomografie) tenkého střeva , která se provádí indikovaně před tímto vyšetřením. Kapslová enteroskopie je jen zobrazovací metoda, proto není možné odebrat vzorky a není možný terapeutický zákrok.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Po výkonu s normálním průběhem kapsle odejde spontánně konečníkem většinou do 48 hodin se stolicí.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Po výkonu není třeba zachovávat zvláštní režim, výkon je převážně ambulantní.

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/PRACOVNICE, 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

Kapslová enteroskopie

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

Podpis svědka/svědků

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