

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

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

#### Koloskopie

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

##### 1. Účel výkonu a jeho průběh:

Koloskopie je endoskopické vyšetření tlustého a malé části tenkého střeva.

Tuto metodu Vám doporučil lékař na základě Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných nádorových změn tlustého střeva.

##### Příprava:

Aby byla sliznice střeva dobře přehledná, je potřeba před výkonem střevo očistit od stolice, k čemuž slouží vyprazdňovací roztok nebo přípravek aplikovaný přes konečník. Dbejte tedy doporučení o přípravě ke kolonoskopii, které obdržíte při objednání výkonu.

Je důležité informovat lékaře, který Vás bude vyšetřovat, o závažných onemocněních a užívaných lécích, zejména ovlivňujících srážlivost krve. Pokud není výkon prováděn v celkové anestezii, je možné přijímat libovolné množství čirých tekutin.

##### Průběh výkonu:

Po dohodě Vám před nebo v průběhu výkonu aplikujeme uklidňující nitrožilní injekci, před její aplikací je nutné podepsat informovaný souhlas s analgosedací. Koloskop (optický ohebný přístroj) se zasune konečníkem až do míst, kde je ústí tenkého střeva do tlustého. Během vyšetření je k průchodu přístroje a dobré přehlednosti nutné do střeva dle situace a potřeby provádějícího lékaře vpravovat určité množství vzduchu, vody nebo oxidu uhličitého. Přístrojem prohlédneme sliznici střeva, posuzujeme patologické změny a dle potřeby provádíme biopsie (nebolestivý odběr malého vzorku tkáně). Polypy či jiné léze (výrůstky na sliznici různého tvaru), z nichž některé mohou mít nádorový potenciál, odstraňujeme polypektomií nebo endoskopickou resekci, tyto terapeutické (léčebné) výkony jsou také nebolestivé.

##### 2. Možné alternativy výkonu:

Určitou alternativou výkonu je CT kolografie. Před tímto vyšetřením je také nutné vyprázdnění, není možno odebrat vzorky tkáně, ani provést terapeutický zákrok.

Alternativou polypektomie nebo endoskopické resekce je operace.

##### 3. Rizika a možné důsledky výkonu:

Jsou možné nepříjemné pocity v oblasti břicha, způsobené zaváděním přístroje a vpravováním vzduchu, oxidu uhličitého nebo vody do střeva. Komplikace jsou vzácné a jedná se o možné krvácení po biopsii nebo po terapeutických výkonech. Ostatní komplikace jako perforace zažívací trubice jsou výjimečné.

##### 4. Možná následná omezení způsobu života:

Jedná se o ambulantní vyšetření, o následné hospitalizaci rozhoduje lékař provádějící vyšetření, je indikována u některých typů terapeutických výkonů nebo při komplikacích. Výsledek vyšetření Vám ihned sdělíme, předáme Vám písemný nález. Je možnost odpočinout si po výkonu na dospávacím pokoji. Je vhodné zajistit doprovod pacienta po vyšetření. Případný audiovizuální záznam průběhu výkonu bude součástí Vaší zdravotnické dokumentace. Anonymizovaný záznam může být použit pro vědecké a studijní účely, včetně prezentací na odborných kongresech, nebo pro práce v odborných publikacích. Při prezentacích nebudou použity osobní údaje ani jiné informace, které by vedly k identifikaci Vaší osoby.

##### 5. Léčebný režim a preventivní opatření:

Režim po aplikaci uklidňující injekce je popsán v informovaném souhlasu s analgosedací.

##### 6. Informace o zavedení implantabilního zdravotního prostředku:

#### SPECIÁLNÍ INFORMACE

#### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

**ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU****Koloskopie**

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

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. V případě potřeby souhlasím také s podáním nezbytné transfúze krve nebo krevních derivátů.

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**.....  
Podpis svědka/svědků**Jakým způsobem pacient/pacientka projevila svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat**