

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

Rektosigmoidoskopie

Jméno (titul, jméno, příjmení):	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	
Telefon:	
Praktický lékař:	

Vážená paní, vážený pane, vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná k právním úkonům podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno vyšetření - rektosigmoidoskopie.

Co je rektosigmoidoskopie: Rektosigmoidoskopie je vyšetření, které umožňuje lékaři pomocí endoskopu, přímý pohled do Vašeho konečníku a esovitě kličky tračníku. Lze tím zjistit možné příčiny Vašich obtíží a určit způsob následujícího léčení.

Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření: upřesnění diagnózy, kontrola efektu léčby.

Jaký je režim pacienta před vyšetřením: 1. O způsobu přípravy rozhodne lékař. U některých typů onemocnění je vyšetření prováděno zcela bez přípravy. V ostatních případech se konečník resp. esovitá klička očistí od stolice speciálním klysmatem, popřípadě je nutné očistit tračník speciálním roztokem, který vypijete den před vyšetřením. 2. Před vyšetřením můžete normálně jíst, pokud lékař, který Vás na vyšetření doporučil, nerozhodne jinak. 3. Nekuřte v den vyšetření. 4. Vaše léky užívejte bez omezení. 5. V případě, že užíváte tzv. „léky na ředění krve“, budete poučeni lékařem, jak postupovat s jejich užíváním před vyšetřením. 6. Pokud jste diabetik, je nutné na tuto skutečnost upozornit zdravotnický personál. O způsobu přípravy k vyšetření a užívání léků na cukrovku rozhodne lékař. 7. Pokud máte akutní infekční onemocnění anebo se nemůžete k vyšetření z jakýchkoliv důvodů dostavit, zavolejte nám a vyšetření bude zrušeno, resp. přejednáno na jiný termín. 8. U žen v období menstruace je nutné vyšetření rovněž odložit.

Jaký je postup při provádění vyšetření: Vyšetření provádí lékař ohebným přístrojem v poloze pacienta na levém boku nebo na zádech. Lékař postupně zavádí endoskop přes konečník do tlustého střeva. Celková doba vyšetření je vysoce individuální a je odvislá od toho, zda-li se během vyšetření provádí některé léčebné zákroky - viz níže. V průměru vyšetření trvá 10-15 minut. Před vyšetřením není nutné podávat uklidňující injekci. V individuálních případech se však lékař může rozhodnout a uklidňující injekci podat.

Jaké další vedlejší zákroky mohou být během sigmoidoskopie prováděny: Nejčastěji mohou být během vyšetření odebírány drobné vzorky tkáně speciálními bioptickými klíšťkami, odstraňovány polypy speciálními řezacími kličkami, ošetřovány krvácející místa na sliznici speciálními elektrodami, atd. Tyto zákroky jsou zcela nebolestivé. Nikdy však nelze stanovit všechny nezbytné zákroky, které je

nutné během vyšetření provést. Pokud bude dopředu jisté, o jaký léčebný zákrok se jedná, lékař Vám jej podrobně vysvětlí.

Možné komplikace rektosigmoideoskopie: Jako každé vyšetření je i toto spojeno s rizikem komplikací je i tato operace spojena s rizikem komplikací. Zde je uveden jejich výčet: Perforace (protržení) střeva – při odstranění polypů nebo protržení samotným vyšetřovacím přístrojem – endoskopem. Krvácení - po odběru vzorků tkáně (biopsiích) nebo po odstranění polypů. Alergická reakce po podání uklidňující injekce. Poranění střeva endoskopem „modřiny“, oděrky, zejména při značně vinutém a fixovaném tračníku. Po vyšetření: Pobolívání břicha. Plynatost. Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci. Ve zcela nepatrném procentu může nastat komplikace ohrožující život.

Jaký je režim pacienta po provedení vyšetření: Pokud nebyl během výkonu proveden žádný léčebný zákrok, můžete se po výkonu ihned najíst. Pokud bylo vyšetření provedeno bez uklidňující injekce, můžete ihned opustit naše pracoviště a nejste nijak omezen/a v řízení vozidla či nástupu do zaměstnání. . Pokud Vám byla podána uklidňující injekce, zůstanete ještě minimálně 2 hodiny pod dozorem zdravotnického personálu a opustit naše pracoviště můžete jen s doprovodem druhé osoby. V následujících 24 hodinách po podané uklidňující injekci NESMÍTE, vzhledem k omezení Vašich reakcí, provádět činnosti, vyžadující zvýšenou pozornost (řídít motorová vozidla, obsluhovat stroje, jezdit na kole, pracovat ve výškách), dále nesmíte během této doby pít alkoholické nápoje nebo zůstat sám bez dozoru. Ve vlastním zájmu nečiňte v této době žádná významná rozhodnutí. V případě zdravotních komplikací po výkonu (mohou se objevit i za několik dní – bolesti břicha, krvácení z konečníku, celková slabost, závratě apod.) volejte naše telefonní číslo 353112286. V případě, že obtíže nastanou mimo pracovní dobu našeho pracoviště, obraťte se se zprávou z kolonoskopie na nejbližší chirurgické pracoviště popřípadě lékařskou pohotovostní službu. Při závažných obtížích (poruchy vědomí, dechu, krvácení) je nutné neprodleně volat rychlou záchrannou službu (155). Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch výkonu: upřesnění diagnózy, stanovení dalšího postupu léčby.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého vyšetření, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích a na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s vyšetřením. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO ☐ NE ☐

Doplňující údaje lékaře: (nutno doplnit nebo proškrtnout)

.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného vyšetření uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny. Jsem si vědom/a toho, že při provádění vyšetření může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného vyšetření nebo provedení dalšího nutného vyšetření či výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že s uvedeným vyšetřením souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta, (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu vyšetření pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto vyšetření a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:..... Podpis:.....

Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte nám tyto otázky: Správnou odpověď zakroužkujte:

1. Máte alergii na léky, náplasti, jód, léky na místní znecitlivění (Mesocain, Prokain).

.....
.....

ANO - NE

2. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?

.....

ANO - NE

3. Užíváte léky proti srážení krve (např. Anopyrin, Warfarin, Ticlid,Plavix)?

.....

ANO - NE

4. Máte náhradu srdeční chlopně, umělou cévní náhradu (méně než 1 rok)?

.....

ANO - NE

5. Prodělal/a jste někdy zánět srdeční nitroblány (tzv. endokarditidu)?

.....

ANO - NE

6. Máte voperovaný kardiostimulátor nebo defibrilátor?

.....

ANO - NE

7. Jste těhotná?

ANO - NE

8. Trpíte očním zeleným zákalem, epilepsií?

.....

ANO - NE

9. Máte cukrovku? Jste léčen/a tabletami nebo inzulínem?

.....

ANO - NE

10. Máte vyjímatelnou zubní náhradu /protézu?

.....

ANO - NE