

## Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem KAPSLOVÁ ENTEROSKOPIE

### IDENTIFIKACE PACIENTA/KY:

**Jméno:**

**Příjmení:**

**Datum narození:**

**Rodné číslo (je-li přiděleno):**

**Kód zdravotní pojišťovny:**

**Adresa místa trvalého pobytu v ČR\*:**

*\* pro cizince místo hlášeného pobytu v ČR (v případě, že nemá, adresa bydliště mimo území ČR)*

### I. INFORMACE O ÚČELU A POVAZE VÝKONU

Kapslová enteroskopie je neinvazivní diagnostické vyšetření tenkého a/nebo tlustého střeva speciálním přístrojem - diagnostickou kapslí. Kapslová endoskopie neumožňuje odebrat vzorky tkáně k dalším vyšetřením ani provádět žádný léčebný zákrok.

### II. POPIS NAVRHOVANÉHO VÝKONU A PŘEDPOKLÁDANÉHO PROSPĚCHU VÝKONU

Jedná se o nebolestivé vyšetření, které nevyžaduje podání anestezie. Vyšetřovaná osoba spolkne kapsli, tj. přístroj o velikosti větší vitaminové kapsle, 11 x 26 (31) mm, jenž je vybaven mikrokamerou, zdrojem světla a vysílačem. Kapsle při průchodu trávicím ústrojím snímá barevné obrázky sliznice střeva, vysílá je a obrázky jsou uloženy do záznamového zařízení, které nosí vyšetřovaná osoba při sobě (pásek obepínající břicho). Následně speciální počítač z obrázků vytvoří video-záznam trávicího ústrojí, který lékař prohlédne a vyhodnotí. Endoskopická kapsle je z těla pacienta/ky vyloučena po několika dnech (nejdéle do dvou týdnů) přirozenou cestou se stolicí.

Důvodem vyšetření je podezření na onemocnění tenkého a/nebo tlustého střeva a v případě známé choroby posouzení aktivity (rozsahu) onemocnění. Pravděpodobnost úspěchu kapslové endoskopie (tj. diagnostický přínos) je vysoká (více než 75%), prognóza je velmi dobrá (výskyt závažné komplikace – uvíznutí endoskopické kapsle – je vzácný).

Výhodou kapslové endoskopie je nezatěžující podstata vyšetření (není třeba zavádět do střeva žádný ohebný endoskopický přístroj). Další výhodou je přímé zobrazení sliznice tenkého a/nebo tlustého střeva. Vyšetřované střevo je v celém rozsahu zobrazeno zhruba v 75% případů (to je dáno rychlostí postupu endoskopické kapsle trávicím ústrojím a životností baterií, které zajišťují osvětlování, snímání a vysílání obrázků). Životnost baterií je zhruba 8 – 10 hodin.

### III. RIZIKA VÝKONU

Vzácně je kapslová endoskopie spojena s rizikem uvíznutí kapsle nad postiženým (zúženým) místem střeva nebo v jeho výchlipce (divertiklu). Pokud k uvíznutí kapsle dojde, je následně vyjmuta endoskopicky nebo chirurgicky. Z

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: <b>Kapslová enteroskopie</b>	Typ dokumentu: <b>Informovaný souhlas</b>	Platné od: <b>1. 1. 2020</b>
<b>IS_GASTRO_8 / MN 10, vyd. 6</b>	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 1 z 3

bezpečnostních důvodů se kapslová endoskopie neprovádí v těhotenství. Před vyšetřením je třeba nahlásit, pokud má pacient zaveden kardiostimulátor nebo kardiovertor. Rovněž z bezpečnostních důvodů není možno ve stejné době, kdy probíhá kapslová endoskopie, provést vyšetření magnetickou nukleární resonancí. Eventuelně hrozí vzácné vdechnutí kapsle při poruše polykání.

V případě podezření na uvíznutí endoskopické kapsle nebo při jinak nevysvětlitelných bolestech břicha v časové souvislosti s kapslovou endoskopií kontaktujte naše zdravotnické zařízení na tel. 234770256.

#### **IV. ALTERNATIVY VÝKONU**

Alternativami kapslové endoskopie tenkého střeva jsou rentgenová vyšetření (CT- nebo MRenteroklýza) nebo vyšetření flexibilními (ohybnými) endoskopy (push-enteroskopie nebo dvojbalonová enteroskopie).

Alternativami kapslové endoskopie tlustého střeva jsou vyšetření flexibilním endoskopem (koloskopie) nebo rentgenová vyšetření (CT-kolografie, irrigografie).

#### **V. ÚDAJE O MOŽNÉM OMEZENÍ V OBVYKLÉM ZPŮSOBU ŽIVOTA A LÉČEBNÝ REŽIM PO VÝKONU**

Kapslová endoskopie se provádí ambulantně, po dobu vyšetření (8 – 10 hodin) se pacient/ka zdržuje ve zdravotnickém zařízení. V den vyšetření je vhodné se vyvarovat namáhavých fyzických aktivit, stravovat se menšími dobře stravitelnými porcemi jídel (např. vyloučit grilované, mastné jídlo). V dalších dnech je možno užít běžnou stravu.

#### **VI. SOUHLAS PACIENTA/KY**

Prohlašuji, že jsem lékaře pravdivě informoval/a o svém zdravotním stavu, o všech onemocněních a alergiích, kterými trpím a o jiných významných skutečnostech a zvládnutostech týkajících se mého zdravotního stavu, o kterých vím, a že žádnou skutečnost, na kterou jsem byl/a dotazován/a lékařem při zjišťování zdravotního stavu, nezatajil/a. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Stvrzuji, že jsem byl/a srozumitelným způsobem lékařem v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a navrhovaných zdravotních výkonech, a to i z hlediska posouzení, zda je navrhovaná péče pro mě nezbytná. Stvrzuji, že jsem byl/a kromě všeobecného poučení informován/a i o konkrétních rizicích a nebezpečích navrhovaného zdravotního výkonu spojených s mým individuálním zdravotním stavem.

Stvrzuji, že mi bylo lékařem vysvětleno, že navrhovaným zdravotním výkonem/službou nemusí být zaručeně dosaženo předpokládaného výsledku.

Stvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu a možnosti určit osoby podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 Sb., kterým mohou být podány informace o mém zdravotním stavu, mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace příp. v zákonem předpokládaném případě udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. V případě určení osob podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 je o tom sepsán zvláštní písemný záznam.

Stvrzuji, že mi bylo lékařem, který mi poučení poskytl, umožněno klást otázky a všechny mnou položené otázky mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny a byl/a jsem lékařem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout, zda udělím souhlas s poskytnutím navržené zdravotní služby/výkonu či nikoli.

Stvrzuji, že jsem všem poskytnutým informacím plně porozuměl/a, nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Po obdržení potřebných informací, po zvážení předpokládaného přínosu a všech rizik a nebezpečí pro mé zdraví spojených s navrženým výkonem/službou, vyslovuji souhlas s provedením výše uvedeného navrhovaného zdravotního výkonu/služby (tj. kapslová enteroskopie) a současně vyslovuji i souhlas s tím, aby byly i bez mého

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: <b>Kapslová enteroskopie</b>	Typ dokumentu: <b>Informovaný souhlas</b>	Platné od: <b>1. 1. 2020</b>
<b>IS_GASTRO_8 / MN 10, vyd.6</b>	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 2 z 3

dodatečného souhlasu provedeny další, zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života či zdraví a nebude-li možné vyžádat si můj další dodatečný souhlas.

Zároveň prohlašuji, že jsem byl/a ošetřujícím lékařem poučen/a o případném pořízení audiovizuálního záznamu průběhu lékařského výkonu, který bude tvořit součást mé zdravotnické dokumentace. Rozumím, že záznam bude pořízen pouze a jedině z těch částí těla, které souvisí s indikovaným zákrokem. Anonymizovaný audiovizuální záznam průběhu lékařského výkonu může být použit pro interní, vědecké a studijní účely a může být poskytovatelem zdravotních služeb prezentován na kongresech, popř. seminářích, či publikován v odborných periodikách. V žádné z výše uvedených prezentací záznamu nebudou zveřejňovány osobní údaje, včetně zvláštních kategorií údajů (dříve citlivé údaje) ani další informace, které by vedly k identifikaci mé osoby - pacienta/ky.

Rovněž se zavazuji v případě, že není-li zdravotní výkon/služba v mém případě hrazen z veřejného zdravotního pojištění, uhradit poskytovateli odměnu za provedení zdravotního výkonu/služby dle ceníku, se kterým jsem byl/a seznámen/a.

V případě podezření na komplikaci provedené koloskopie, kontaktujte lékaře gastroenterologického centra ISCARE, tel: 234770251

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

**V Praze dne:**

**Podpis pacienta/ky:**

## **VII. PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE**

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil pacienta/ku jak je výše uvedeno, zejména jsem jasně a srozumitelně vysvětlil obsah tohoto poučení a seznámil jsem ho/ji s povahou zákroku, jeho riziky a komplikacemi.

Pacient/ka byl/a nad rámec výše uvedeného poučen/a i o rizicích a možných komplikacích zákroku s ohledem na jeho/její zdravotní stav. Tomuto poučení porozuměl/a a měl/a možnost klást lékaři poskytujícímu poučení dotazy, které mu/jí byly srozumitelně zodpovězeny.

**V Praze, datum:**

**Jméno, příjmení a podpis lékaře:**

**Případné záznamy lékaře:**

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: <b>Kapslová enteroskopie</b>	Typ dokumentu: <b>Informovaný souhlas</b>	Platné od: <b>1. 1. 2020</b>
<b>IS_GASTRO_8 / MN 10, vyd. 6</b>	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 3 z 3