

Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem JEDNOBALÓNOVÁ 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

Jednobalónová enteroskopie je endoskopické vyšetření tenkého střeva. Nejčastějším důvodem k vyšetření tenkého střeva bývá krvácení do zažívacího traktu, snesení polypů (výchlípkový sliznice střeva) a podezření pro nádorové nebo zánětlivé onemocnění tenkého střeva.

II. POPIS NAVRHOVANÉHO VÝKONU A PŘEDPOKLÁDANÉHO PROSPĚCHU VÝKONU

Enteroskopie se provádí v analgosedaci (šeternější forma anestezie) za přítomnosti anesteziologa. Po usnutí pacienta se ústy zavede přístroj (enteroskop) přes jícn a žaludek do tenkého střeva. Přístroj je vybaven balónkem, jehož střídavé nafukování a uvolňování usnadňuje postup hlouběji do tenkého střeva. Lékař prohlédne tenké střevo, kde posuzuje chorobné (patologické) změny na sliznici. V případě potřeby může odebrat vzorky k mikroskopickému vyšetření (odběr biopsie), odstranit polypy, stavět krvácení, rozšiřovat (dilatovat) zúžená místa. Vyšetření trvá v průměru 30-45 minut, záleží však na nálezů a jeho lokalizaci ve střevě.

Výhodou této metody je přímé zobrazení sliznice tenkého střeva a možnost terapeutického (léčebného) výkonu, jelikož při enteroskopii lze provést některé léčebné zákroky, které by si dříve vyžádaly operační řešení. Jde například o odstranění polypů (endoskopická polypektomie) nebo o ošetření krvácejícího místa.

III. RIZIKA VÝKONU

Každý lékařský zákrok je spojen s riziky. Jednak jsou zde rizika spojená s případnou analgosedací (je-li použita) a nutnou celkovou anestézií, se kterými budete seznámen/a v rámci samostatného informovaného souhlasu a při pohovoru s anesteziologem a za druhé mohou vzniknout komplikace při samotném lékařském zákroku nebo po něm. I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (postup lege artis) se mohou vyskytnout rizika a komplikace jako například akutního zánětu slinivky břišní, krvácení (po odběru biopsie či polypu), perforace (protržení) střeva (po odběru polypů, po dilataci). Případné komplikace si mohou vyžádat i neodkladnou chirurgickou (operační) léčbu.

| | | |
|--|--|--|
| Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: Jednobalónová enteroskopie | Typ dokumentu: Informovaný souhlas | Platné od: 1. 1. 2020 |
| IS_GASTRO_7/MN 10, vyd. 6 | Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD. | Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc. |
| | | Stránka 1 z 3 |

IV. ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou je kapslová enteroskopie a zobrazovací metody (enteroklýza, CT/MRI enteroklýza), jejichž hlavní nevýhodou je nemožnost odebrání biotického vzorku či provedení léčebného výkonu.

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

Den před vyšetřením se můžete nasnídat, v poledne a večer jen bujón (masový vývar) a dále již nic nejzte. Pijte hodně čiré tekutiny (min. vodu, světlý čaj, limonádu). Detaily přípravy s vámi probere odesílající lékař, event. naše pracoviště. Šest hodin před začátkem samotného vyšetření již nic nepijte, protože výkon bude proveden v analgosedaci.

Před enteroskopií je třeba upravit dávku nebo zcela vysadit některé léky:

- **Inzulín a perorální antidiabetika:** konzultujte u svého diabetologa
- **Warfarin:** nutno vysadit nejméně 6 – 7 dní předem, ohledně náhradní antikoagulační léčby konzultujte s lékařem, který warfarinizaci kontroluje

Omezení po výkonu jsou individuální podle charakteru nálezu, provedené intervence (léčebné procedury) a zvoleného způsobu vyšetření. Přesný postup Vám po vyšetření oznámí ošetřující lékař.

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 zvláštnostech 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 zaručeno dosažení 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. diagnostická enteroskopie s případným rozšířením na některý z léčebných zákroků uvedených výše) a současně vyslovuji i souhlas s tím, aby byly i bez mého 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.

| | | |
|--|--|--|
| Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: Jednobalónová enteroskopie | Typ dokumentu: Informovaný souhlas | Platné od: 1. 1. 2020 |
| IS_GASTRO_7/MN 10, vyd.6 | Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD. | Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc. |
| | | Stránka 2 z 3 |

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 enteroskopíí, 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: Jednobalónová enteroskopie | Typ dokumentu: Informovaný souhlas | Platné od: 1. 1. 2020 |
| IS_GASTRO_7/MN 10, vyd. 6 | Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD. | Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc. |