

MUDr. Libor Man endochirurgie s.r.o.
Kotěrova 5529, 760 01 Zlín tel. 571 110 518

Informovaný souhlas s provedením koloskopie, sigmoideoskopie, polypektomie

Jméno a příjmení pacienta : r.č.....

Vážená paní/ pane,
k zákroku, který Vám byl doporučen je třeba Váš souhlas. Účelem tohoto záznamu je informace o významu tohoto vyšetření, způsobu provedení a event. možných komplikacích.

Koloskopie

Jedná se o vyšetření tlustého střeva ohebným přístrojem, endoskopem. Provádí se na základě obtíží pacienta nebo jako preventivní opatření k vyloučení či objasnění chorobných změn. Přímou hodnotíme stav tlustého střeva, můžeme odebrat vzorky na histologické vyšetření a dle potřeby odstraňovat polypy. Během vyšetření pacient leží na levém boku a endoskop je zaváděn konečným nástrojem. Mohou se objevit nepříjemné pocity v oblasti břicha způsobené zaváděním přístroje, vpravováním vzduchu do střeva či přítomností srůstů v dutině břišní. Pacient si předem může vyžádat injekci tišící bolesti. Pokud jsou ve střevě nalezeny polypy, lze je při normální srážlivosti krve ihned odstranit. Polypektomie se provádí tepelným působením elektrického proudu a je nebolestivá.

Koloskopie je nejspolehlivější metoda k určení druhu a rozsahu onemocnění tlustého střeva. Alternativou je méně přesné rentgenové vyšetření, při kterém však nelze provádět léčebné zákroky.

Možné komplikace

Komplikace při vyšetření jsou vzácné. Může dojít k proděravění (perforaci) střeva s nutností následného chirurgického ošetření za hospitalizace. Při odběru vzorku či odstranění polypu se může objevit různě silné krvácení, zejména v případech, kdy pacient užívá léky proti srážení krve nebo trpí zvýšenou krvácivostí. Tyto skutečnosti je nutné nahlásit vyšetřujícímu lékaři, stejně jako případné těhotenství.

Možná omezení po vyšetření

Výkon se provádí na lačno, v případě aplikace injekce se nesmí 24 hodin řídit motorové vozidlo a vykonávat náročnější práce u strojů. Po odstranění velkého polypu či mnohočetných polypektomiích je nutná krátkodobá hospitalizace.

Prohlášení a informovaný souhlas

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že jsem byl lékařem informován o mém zdravotním stavu, potřebných výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních a měl možnost klást lékaři otázky. Dále prohlašuji, že jsem uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením navrženého a popsáního zdravotního výkonu. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, které vyžadují neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života či zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto veškeré další potřebné a neodkladné výkony provedeny.

Ve Zlíně, dne

Vlastnoruční podpis pacienta / případně zákonného zástupce nebo opatrovníka :

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl: