



Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace  
Gastroenterologická ambulance

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PROVEDENÍM KOLONOSKOPIE

1. Příjmení a jméno pacienta: ..... 2. Rodné číslo:.....

3. Poučení o povaze a účelu vyšetření:

Léčba nabízí tím lepší vyhlídky na úspěch, čím přesněji a dříve může lékař určit povahu a rozsah onemocnění. Na základě Vašich potíží (nebo jako preventivní výkon k časnému rozpoznání možných chorobných změn v zažívacím traktu) se u Vás pokládá za žádoucí provedení vyšetření tlustého střeva pod přímou kontrolou zraku pomocí ohebného přístroje - endoskopu.

4. Informace o navrhovaném výkonu: a) Příprava

Před vyšetřením je nutná řádná očista tlustého střeva projímadlem, které Vám lékař (odesílající Vás k tomuto vyšetření) spolu s návodem přípravy předepíše. Během přípravy (jde o den před termínem vyšetření) nesmíte jíst, můžete pouze přijímat tekutiny – jakékoliv kromě mléka! Pacienti s cukrovkou závislou na inzulínu také nesmí jíst – příprava na kolonoskopii se u nich proto provádí za hospitalizace, většinou s aplikací nitrožilní výživy. U pacientů s cukrovkou pouze na dietě nebo na podpůrné terapii antidiabetiky (=léky na cukrovku) je možná příprava doma, ale v den přípravy nesmějí antidiabetika užít pro riziko hypoglykémie (=snížení hladiny cukru v krvi). Při objednávání kolonoskopie (osobně nebo telefonicky) nás, prosím, na cukrovku a její typ upozorněte. Užíváte-li preparáty s obsahem železa (Ferronat, Aktiferrin, Sorbifer Durules, Tardyferon, Maltofer, Ferretab, Ferroglobin B12, Ferro-folgamma ...), je nutné tyto léky alespoň 5 dní před výkonem vynechat - ostatní léky, např. na vysoký krevní tlak, berte i při přípravě normálně. Je výhodné, dostavíte-li se k vyšetření v doprovodu druhé osoby (pro možnost podání intravenózní premedikace – viz bod 4b).

b) Vlastní výkon:

V úvodu vyšetření se nejprve leží na levém boku s dolními končetinami mírně přitaženými k břichu – v průběhu výkonu se podle potřeby poloha mění. Po aplikaci znečitlivujícího gelu se endoskop zavádí konečným až do míst, kde tenké střevo ústí do tlustého. Po vpravení vzduchu je možné prohlédnout tlusté střevo a tak zjistit eventuelní chorobné změny. Při vyšetření mohou být odebrány vzorky tkáně k mikroskopickému vyšetření (=biopsie) a odstraněny polypy (=vzrůstky střevní sliznice) elektrickou smyčkou (=tzv. polypektomie) – tyto zákroky jsou zcela nebolestivé. Vyšetření bývá díky variabilitě vinutí střeva, srůstům po břišních operacích nebo nitrobřišních zánětech a pro vpravování vzduchu do střev často vnímáno nepříjemně, někdy i bolestivě. Podle potřeby se podává k lepší snášenlivosti výkonu injekce do žíly (= tzv. **intravenózní premedikace**) obsahující sedativum (=lék na celkové zklidnění) a spazmolytikum (=lék snižující stažlivost zažívacího traktu). Při výrazných bolestech se nitrožilně navíc podávají i opiáty (=léky silně tlumící bolest) – pak jde o tzv. **analgo sedaci**.

5. Seznámení s možnými komplikacemi:

Mezi možné **velmi vzácné** komplikace při kolonoskopii patří alergická reakce po premedikaci (= podání léků před vlastním vyšetřením - viz bod 4b) a respirační deprese (=útlum dechového centra). Další komplikací může být krvácení, které se vyskytuje se v 0,2% všech kolonoskopií - při terapeutické kolonoskopii (nejčastěji po odstranění polypů) se pohybuje v rozmezí 0,3-6,1%. Nejzávažnější komplikací je perforace (=poranění střevní stěny) - její výskyt je 0,1% při diagnostické kolonoskopii a 0,1-0,3% při terapeutické kolonoskopii. (zdroj: Atlas of Colonoscopy, Helmut Messmann, Thieme 2006)

**Absolutní bezrizikovitost vyšetření nemůže zaručit žádný lékař. K možným rizikům a komplikacím, které nelze nikdy zcela vyloučit, vždy přistupujeme preventivně a s profesionálním zájmem snížit je na nejmenší možnou míru. Abychom snížili riziko výše uvedených komplikací na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky: (odpověď zakroužkujte nebo odpověď doplňte)**

- jste alergický(á) (=přecitlivělý/á) na: - lokální anestetika? (=**léky na místní znečitlivění**): NE - ANO (pokud ano, na jaká:.....)
- antibiotika? NE - ANO (pokud ano, na jaká:.....)
- jiné léky? NE - ANO (pokud ano, na jaké:.....)
- jak se alergie projevila? **zatrhněte:**  
vyrážka, otoky, zažívací potíže, slabost, kolaps, jinak:.....

- užíváte léky na „ředění“ krve – tzv. antikoagulaci (Warfarin nebo Lawarin )? NE - ANO
- užíváte léky na „ředění“ krve – tzv. antiagregaci (Anopyrin, Godasal, Plavix, Ticlid )? NE - ANO
- vyskytuje se u Vás nebo ve Vaší rodině porucha srážení krve - hemofilie? NE – ANO
- máte vadu srdeční chlopně? NE – ANO
- máte po operační náhradě srdeční chlopně? NE – ANO
- prodělal(a) jste bakteriální endokarditidu (=zánět srdeční nitroblány)? NE – ANO
- máte voperován kardiostimulátor? NE – ANO
- máte srdeční arytmií(=nepravidelnost srdečního tepu)? NE – ANO
- máte zvýšený nitrooční tlak- tzv.zelený zákal (=glaukom)? NE – ANO
- prodělal(a) jste někdy hepatitidu (=virový zánět jater)? NE – ANO
- máte cukrovku? NE – ANO Pokud ano, užíváte inzulín? NE – ANO
- prodělal(a) jste nějakou operaci zažívacího traktu nebo jinou operaci břicha? NE – ANO  
( pokud ano, zatrhněte: jícen, žaludek, tenké střevo, tlusté střevo, slepé střevo, kýla, játra, žlučník, slinivka, slezina, prostata, ledvina, gynekologická operace, jiná:.....)
- jste těhotná? NE – ANO

**6. Chování po vyšetření a možná omezení:**

Po výkonu byste měli zůstat v klidu a odpočívat, neměli byste provádět fyzicky namáhavou činnost a odložit na pozdější dobu všechna důležitá rozhodnutí. Jestliže Vám byla podána nitrožilní injekce, nesmíte vzhledem k možnému omezení Vašich reakcí po zbytek dne vykonávat žádnou činnost vyžadující zvýšenou pozornost (např. řídit motorové vozidlo, jít do práce atd....). Pokud se nitrožilně navíc podají i opiáty, musí pacient počítat s následným asi 3-hodinovým sledováním po vyšetření v naší ambulanci, a je nutný doprovod.

Nerohodně-li vyšetřující lékař jinak, jezte do večera po výkonu jen kašovitou, neдрáždivou stravu a tekutiny, den po vyšetření je vhodné se vyhýbat nadýmavé stravě.

Informujte okamžitě svého lékaře (nebo při jeho nedostupnosti vyhledejte lékařskou pohotovost), jestliže budete po vyšetření pociťovat bolesti břicha, dojde k zástavě odchodu větrů nebo zjistíte větší krvácení z konečníku.

**7.** Byl jsem poučen(a), že možnou alternativou kolonoskopie je vyšetření tlustého střeva pomocí irigografie (=vyšetření tlustého střeva rentgenkontrastní látkou), CT kolonografie (= vyšetření střev pomocí počítačové tomografie) nebo pomocí ultrazvukového vyšetření. Výhodou těchto alternativ oproti kolonoskopii je menší invazivnost vyšetření, nevýhodou je nezanedbatelná radiační zátěž (mimo ultrazvukového vyšetření), menší přesnost vyšetření a hlavně nemožnost diagnostického nebo terapeutického výkonu.

**8. Vyjádření pacienta:**

Pan/paní MUDr. ....mne v rozhovoru podrobně informoval(a) o shora uvedených skutečnostech. Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví. Byl(a) jsem rovněž poučen(a) o tom, že tento souhlas mohu kdykoliv svobodně odvolat.

Doplňující otázky pacienta:.....

V.....dne:..... čas:.....

Podpis lékaře:..... Podpis pacienta.....

*A) V případě, že jde o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo o pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům (nehodící škrtněte):*

*Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta ( pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům) svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.*

*Příjmení a jméno zákon .zástupce:..... Podpis zákonného zástupce:.....*

*B) V případě, že se pacient nemůže podepsat, uvést:*

*- důvod: .....*

*- způsob projevu souhlasu:.....*

*Příjmení a jméno svědka:.....Podpis svědka: .....*