



Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb podle § 28 až 42 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách EDUKACE PACIENTA

KOLONOSKOPIE (s případnou polypektomií)

Pracoviště:
Gastroenterologie Poliklinika Vysočany
Sokolovská 810/304
Praha 9 – Vysočany

Zdravotnické zařízení:
MEDICON a.s.
IČO: 284 63 293
se sídlem: Antala Staška 1670/80, 140 46 Praha 4

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Bydliště:

zákonný zástupce pacienta nebo opatrovník:

Informace o výkonu:

Kolonoskopie je vyšetření tlustého střeva k vyloučení patologického nálezu za použití kolonoskopu, což je tenký ohebný dlouhý přístroj umožňující zobrazení vyšetřované oblasti. Při podezření na patologický nález je možné prostřednictvím tohoto přístroje odebrat malé kousky tkáně střeva na mikroskopické vyšetření. Odběr vzorků je nebolestivý.

Pokud se při vyšetření nalezne polyp, bude (pokud to okolnosti dovolí) provedena polypektomie, což je odstranění polypu polypektomickou kličkou. Polypektomie je také nebolestivá.

V současné době neexistuje alternativní výkon, kdy by bylo možno vyšetřit konečník a tlusté střevo, odebrat vzorky podezřelých tkání a případně léčebně zasáhnout v rámci jednoho zdravotního výkonu.

Příprava před vyšetřením:

Příprava před tímto vyšetřením je náročnější, protože tlusté střevo musí být před zákrokem bez obsahu. Je nutný dostatečný přívod tekutin.

Nejméně 5 dní před výkonem musíte držet bezezbytkovou dietu, což znamená: vynechat z potravy ovoce a zeleninu, která obsahuje slupky, zrníčka nebo pecky (např. jahody, hrozny, rajčata, papriky, melouny, kiwi), celozrnné pečivo, kmín a mák.

Den před vyšetřením je nutné dodržet pouze tekutou stravu a vypít dostatek tekutin. Můžete pít vše kromě mléka, zrnkové kávy a alkoholu. Pijte tedy vodu, čiré přecezené vývary, čaje, šťávy, sirupy, rozpustnou kávu, džusy bez dužiny a minerálky.

Postup očištění střeva pomocí projímadla EZICLEN:

Balení obsahuje odměrku a 2 lahvičky Eziclenu. Obsah jedné lahvičky nalijte do přiložené odměrky a až po rysku dolijte vodou. Takto připravený roztok vypijte během půl až 1 hodiny a zapijte minimálně dalším litrem čiré tekutiny. V pití pokračujte, i když odchází pouze čirá tekutina. Nejlepší očisty střeva se dosáhne, pokud interval mezi posledním požitím Eziclenu a kolonoskopií je pouze 6 hodin. Toho dosáhnete rozdělením pití projímadla v závislosti na čase plánované kolonoskopie.

Jste-li objednan/a na kolonoskopii v době:

- **7⁰⁰ – 9⁰⁰** vypijte první dávku ve 20⁰⁰ a druhou ve 23⁰⁰. Každou dávku zapijte minimálně dalším litrem čiré tekutiny
- **9⁰⁰ – 15⁰⁰** vypijte první dávku ve 20⁰⁰ a druhou dávku 6 hodin před vyšetřením. Každou dávku zapijte minimálně dalším litrem čiré tekutiny

Kvalita přípravy má zcela zásadní vliv na kvalitu kolonoskopie, je-li příprava nedostatečná, je nutné vyšetření opakovat!

Tekutiny můžete pít bez omezení i v den vyšetření. Ráno před vyšetřením můžete zapít ranní léky a nekuřte.

S sebou si vezměte pití, svačinu a nejlépe doprovod.

Popis vyšetření:

Těsně před začátkem výkonu vám zpravidla bude podána premedikace (pro uklidnění a relaxaci) do žilního systému. V poloze na levém boku vám bude zaveden endoskopický přístroj do konečníku, dále do tlustého střeva, popř. i na začátek tenkého střeva. Pocítíte napětí a tlaky ve střevě při jeho nafukování, což je nezbytné pro dobrou viditelnost při vyšetření. Tyto obtíže jsou běžné a brzy pominou. Vyšetření trvá zhruba 10 – 30 min.

Po vyšetření:

Neopouštějte čekárnu po dobu 1 hodiny po vyšetření (tedy po dobu působení premedikace) a dále se řiďte radami vyšetřujícího lékaře. Pokud vám byla podána premedikace na uklidnění, vyvarujte se na 24 hodin řízení dopravních prostředků a jiných činností, které vyžadují pozornost.

Rizika vyšetření:

Kolonoskopie může vést k některým komplikacím, např. k alergické reakci na podaný lék, perforaci střeva či krvácení. Tyto komplikace jsou zcela výjimečné, ale mohou vyžadovat akutní léčbu nebo dokonce operaci. Odběr vzorku tkáně a operační odstranění polypů vede pouze k malému krvácení, pokud ovšem netrpíte zvláštním sklonem ke krvácení. Abychom snížili riziko většího krvácení nebo alergické reakce, případně jiné komplikace na minimum zodpovězte prosím následující otázky

↓ *nehodící se škrtněte* ↓

- | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1. | Vyskytuje se u vás či člena vaší rodiny zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních? | ANO - NE |
| 2. | Trpíte nějakou alergií? Pokud ano, napište jakou. | ANO - NE |
| 3. | Máte kardiostimulátor, nějaké potíže se srdcem nebo astma? | ANO - NE |
| 4. | Máte zelený zákal – glaukom? | ANO - NE |
| 5. | Máte nějaké jiné závažné onemocnění? Pokud ano, napište jaké. | ANO - NE |

V případě komplikací po kolonoskopii či polypektomii (např. prudká bolest v břiše, krvácení z konečníku, černá stolice) kontaktujte nejbližší chirurgické oddělení nebo:

Chirurgická ambulance s nepřetržitým provozem: Nemocnice Bulovka, tel: 266 082 740

Prohlášení pacienta / zákonného zástupce:

Tímto prohlašuji, že:

- jsem byl/a ze strany výše uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o výše uvedeném zdravotním výkonu – kolonoskopii (s případnou polypektomií)
- jsem byl/a informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče indikujícím lékařem
- jsem byl/a informován/a o případných alternativách indikujícím lékařem
- jsem byl/a informován/a o možných důsledcích a rizicích navrhované zdravotní péče
- mně bylo umožněno klást doplňující otázky
- jsem nic nezamlčel/a o svém zdravotním stavu / zdravotním stavu osoby mnou zastoupené
- jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu – kolonoskopie, odběrem vzorků a s případným léčebným zákrokem
- v případě výskytu neočekávaných komplikací, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré potřebné postupy k záchraně mého života nebo zdraví / záchraně života nebo zdraví osoby mnou zastoupené

Poučení jsem porozuměl/a, nemám již žádné otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji svůj souhlas.

V Praze dne:

podpis pacienta (zástupce)

razítko zdravotnického zařízení
podpis lékaře, který vyšetření provedl