

Pracoviště (klinika, oddělení): Oddělení dětské chirurgie a traumatologie

Pacient:
Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození*, číslo pojištěnce, kód zdravotní pojišťovny

Dnešního dne jsem byl/a lékařem poučen/a o povaze svého onemocnění a o prognóze dalšího vývoje mého zdravotního stavu:

Diagnóza:

Zároveň jsem byl/a poučen/a o povaze zdravotního výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Koloskopie a koloskopická polypektomie

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Ohebným endoskopickým přístrojem vyšetřit celé tlusté střevo od konečníku až ke slepému střevu, event. i konec střeva tenkého. V případě patologického nálezu je možno odebrat vzorečky, event. celý útvar (polyp) k histologickému rozboru či na kultivační vyšetření.

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

Plynatost a tlak v břiše – tyto obtíže do několika málo hodin odeznívají.

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Časné rozpoznání možných chorobných změn (zánětů, nádorů) a vrozených vad střeva v dolní části zažívacího traktu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Vyšetření se provádí vleže na levém boku v celkové anestezii (tato poloha se dle potřeb vyšetřujícího lékaře může měnit). Ohebný optický přístroj (endoskop) se zasune konečníkem až do míst, kde tenké střevo ústí do tlustého. Během vyšetření je do tlustého střeva vháněn vzduch, tím se dosáhne jeho rozpětí a získá se dobrá viditelnost. Při zákroku mohou být odebrány malými kleštěmi vzorky tkáně k histologickému vyšetření. Odběr vzorků je nebolestivý. Nálezy zjištěné během vyšetření mohou změnit další postup. Je např. možné odstranění polypů elektrickou kličkou nebo elektrickými kleštěmi, rozšíření pozánětlivě zúženého střeva speciálním balonkem, stavění krvácení injekčním opichem nebo speciálními svorkami. Délka výkonu dle event. prováděných výkonů (polypektomie, stavění krvácení...) je cca 10-60 minut.

Byl/a jsem poučen/a, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Jako alternativa koloskopie se nabízí pouze rentgenové vyšetření – irrigografie.

Vzal/a jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:**

Jednoznačnou výhodou je možnost odebrání vzorků na histologické vyšetření, což umožní stanovit přesnou diagnózu. V případě polypektomie (snesení nádorku) se tato metoda stává i metodou léčebnou.

ale současně tyto **nevýhody:**

Je větší riziko nežádoucích komplikací jako např. krvácení.

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

Riziko premedikace: alergická reakce, dechové poruchy, bolesti hlavy, závrať, amnézie

Riziko výkonu: bolesti břicha, perforace (proděravění) střeva, krvácení, uvíznutí přístroje.

Byl/a jsem také poučen/a o **dalším léčebném režimu**, resp. **preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu, jakož i o nutnosti **kontrolních zdravotních výkonů:**

Po výkonu je vhodné krátkodobé sledování, o jehož délce rozhodne lékař. Pokud po výkonu pacient nekrvácí, dimise je možná následující den.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

-

Možná **změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti** v důsledku zdravotního výkonu:

Po polypektomii je nezbytné několik dní vyloučit těžší fyzickou námahu. V případě větších polypektomií může být nutné 48 hodinové pozorování na lůžku za hospitalizace.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, o zdravotním výkonu** a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Beru na vědomí, že předpokládaného následku a prospěchu uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl/a** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením 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 a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta/ky
nebo jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

.....
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uveďte se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

.....
Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

vlastnoruční podpis svědka: