

**Gastroenterologie MUDr. Petr Brandtl s.r.o., Ohmova 271, Praha Petrovice,  
IČO:29149240, IČZ: 04612000, č. odbornosti 105, tel: 272770400**

**KOLONOSKOPIE- Písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb**

Prosím, vyplňte hůlkovým písmem následující údaje:

**Jméno a příjmení pacienta:** .....

**Rodné č.:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Č.pojištění (pokud není r.č.):** \_\_\_\_\_ **Kód ZP:** \_\_\_\_

**Datum narození:** .... .... **Trvalé bydliště:**

Váš současný zdravotní stav (potíže, nálezy...) vyžaduje provedení kolonoskopie. Pokud by toto vyšetření nebylo provedeno, nebyla by zjištěna přesná diagnóza a z toho důvodu by nemohla být stanovena odpovídající léčba a mohlo by dojít k ohrožení Vašeho zdraví a života. O dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče máte právo se svobodně rozhodnout.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je vyšetření konečnicku a celého tlustého střeva zrakem pomocí dlouhého ohebného přístroje – kolonoskopu s případným bezbolestným odběrem slizničních vzorků.

**Příprava k vyšetření** probíhá na základě doporučení lékaře a sestry. **Postup pro vyprázdnění střev je popsán zvlášť.** Vyšetřující lékař Vám vysvětlí postup vyšetření a zodpoví všechny Vaše otázky. Lékař Vám bude před vyšetřením klást otázky, z nichž některé jsou dále uvedeny:

**Prosím, označte křížkem čtvereček u údaje, který se Vás týká:**

- jste alergický(á) na jakýkoliv lék či látku (např. pyl, léky, antibiotika, místní umrtvení...)
- máte zjištěnu nebo sami pozorujete zvýšenou krvácivost (např. snadné tvoření "modřin", snížený počet krevních destiček...)
- máte zelený zákal (glaukom)
- trpíte nebo jste trpěl(a) potížemi nebo jste prodělal(a) závažné nemoci, například:
  - nemoci srdce  výduť srdečnice (aneurysma aorty)  syntetická cévní náhrada <1rok
  - koronární stent <1rok  mozková mrtvice <6 týdnů
  - nemoci plic (např. astma, chronická obstrukční bronchopulmonální choroba...)
  - infekční nemoci (např. žloutenka...)
  - cukrovka (diabetes melitus,  léčba jenom dietou,  tabletami nebo  insulinem)
  - jakékoli onemocnění ledvin !!!**  onemocnění jater (např. cirhoza...)
  - epilepsie  břišní operace v nedávné době
  - jakákoliv kýla (např. tříselná, pupeční, v jizvě ...)**
  - myastenia gravis**
  - problémy s prostatou**
  - .....

**Připravte si, prosím, seznam léků,** které právě užíváte a nebo které jste v nedávné době užíval(a) se zvláštním zřetelem na  ACYLPYRIN  ANOPYRIN  GODASAL  ASPIRIN  PROTECT  STACYL a veškerá  nesteroidní antirevmatika. To jsou léky používané na bolesti zad, kloubů, hlavy a při měsíčkách, např.  Brufen,  Ibuprofen,  Olfen,  Diclofenac,  Dolmina,  Voltaren a  další.

**Důležité je i občasné užívání a i jedna požitá tableta těchto léků!**

Obzvláště pak upozorněte na užívání léků používaných na "ředění krve", tj.  WARFARIN,  LAWARIN,  HEPARIN,  FRAXIPARIN,  CLIVARIN,  VESSEL DUE,  FRAGMIN,  CLEXANE,  ACLOTIN,  IPATON,  TAGREN,  TICLID,  TICLOPIDIN,  APO-TIC,  PLAVIX,  CLOPIDOGREL,  TROMBEX,  ZYLLT,  EGITROMB,  PLATEL,  EFIENT,  XARELTO,  PRADAXA,  BRILIQUE...

O úpravě těchto protisrážlivých (antikoagulačních) léků (např. Warfarin) je nutné se předem dohodnout s lékařem provádějícím vyšetření. **O úpravě léků na cukrovku je nutné se poradit s diabetologem. Ostatní léky je nutno užívat beze změny a zapít vodou.**

**Ženy a dívky, ujistěte se, že v době vyšetření nejste ☐ těhotné.** V těhotenství se toto vyšetření provádí ve výjimečných případech a po konzultaci s dalšími specialisty. **Termín vyšetření si, prosím, raději naplánujte mimo dobu probíhajících měsíčků, OB není překážkou vyšetření.**

**Vlastní vyšetření:** Pohodlně se uložíte na vyšetřovací lehátko. Může Vám být podána injekce do žíly s lékem na uklidnění a relaxaci a proti bolesti. Je velmi vhodné, **abyste měli na telefonu dospělou doprovázející osobu, které budete po výkonu předán/a.**

Lékař Vám zavede endoskopický přístroj do konečníku a bude postupovat dále do tlustého střeva. Pocítíte **napětí a tlaky v břiše** při nafukování střeva, které je pro dobrou viditelnost nutné. Tyto potíže jsou běžné a brzy pominou. Výkon trvá asi 15 až 60 minut. Během vyšetření lze odebírat vzorky sliznice, odstraňovat např. polypy nebo stavět krvácení. Všechny tyto úkony jsou pro nemocného nebolestivé. Případné další úkony na Vašem střevě Vám vysvětlí lékař před vyšetřením.

**Po výkonu:** Pokud Vám byla aplikována injekce, nesmíte řídit motorová vozidla, pracovat ve výškách a se stroji po dobu 24 hodin, jakož i po stejnou dobu nesmíte provádět práci, která by mohla ohrozit život nebo zdraví lidí či způsobit poškození majetkových hodnot. Je samozřejmostí, že po výkonu nesmíte pít alkohol po dobu 24 hodin. **Po výkonu neodcházejte**, je nutná kontrola Vašeho stavu s časovým odstupem i **několika hodin**. O provedeném vyšetření **obdržíte vždy zprávu pro odesílajícího lékaře.**

**Rizika:** Toto vyšetření může být spojeno s některými komplikacemi, například **s alergickou reakcí na podaný lék, proděravěním stěny trávicí trubice a krvácením, zánětlivou komplikací a podobně.** Tyto komplikace jsou zcela výjimečné a nemusí souviset přímo s provedeným výkonem, ale s vlastní chorobou. Tyto komplikace mohou vyžadovat akutní intenzivní léčbu nebo i operaci. Riziko je poněkud vyšší v případě snesení polypu, ale podstatně menší než při operaci. Upozorňujeme, že je velmi důležité **včas oznámit lékaři** všechny obtíže, které se projeví v následujících hodinách či dnech po vyšetření (krvácení z konečníku, černá stolice, prudká bolest v břiše, zrychlený tep, zvracení, silná nevolnost, slabost, teploty...). V těchto případech se neodkladně obraťte s touto zprávou **v pracovní dny od 7,00 do 15,00 na IKEM, Vídeňská 1958/9, Praha 4, endoskopie tel: 261362617, po pracovní době a ve dnech volna na lůžkové oddělení Kliniky hepatogastroenterologie IKEM, tel: 261363280**

**Prohlášení pacienta:**

Byl jsem poučen, že zatím neexistuje alternativní výkon, kdy by bylo možno vyšetřit celé tlusté střevo, odebrat vzorky podezřelých tkání a případně léčebně zasáhnout v jedné době. **Potvrzuji, že jsem si shora uvedenou informaci přečetl, že mi lékař osobně poskytl potřebné informace a poučení a osobně mi vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, že všemu rozumím a že výslovně souhlasím s provedením kolonoskopie a s provedením léčebných zákroků (odstraněním polypů) a případně s provedením zákroků potřebných k léčení komplikací vzniklých v souvislosti s uvedeným vyšetřením nebo v důsledku skutečností zjištěných v průběhu vyšetření. Byl jsem poučen, že mohu svobodně rozhodnout o dalším postupu při poskytování zdravotní péče. Lékař mi zodpověděl všechny mé otázky. Prohlašuji, že souhlas s výkonem činím svobodně, vážně, určitě a srozumitelně a jsem způsobilý/á k právním úkonům.**

V Praze dne: ..... Podpis pacienta ..... Podpis zákonného zástupce: .....

**Gastroenterologie MUDr. Petr Brandtl s.r.o.**

Ohmova 271, Praha Petrovice

MUDr. Petr Brandtl

.....