VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **REKTOSKOPIE**	

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem tohoto výkonu je vyšetření konečníku optickým přístrojem a případný odběr vzorku tkáně na vyšetření.

Výkon se obvykle provádí pro zvýšení komfortu pacienta v analgosedaci (podání krátkodobě působícího silného analgetika a tlumícího léku způsobující ospalost do žíly). Analgosedace snižuje vnímání bolesti v celém těle, pocity tlaku a dotyku zůstávají zachovány. Vlivem tišících léků aplikovaných nitrožilně může být pacient v polospánku a na výkon si nepamatuje. Nebo může být podána celková anestezie.

Žádný endoskopický výkon není zcela bez rizika. **Komplikace** po daném vyšetření se mohou výjimečně vyskytnout (krvácení, proděravění konečníku). Rizika spojená s anestézií, informace Vám podá odborný lékař - anesteziolog. Nežádoucí účinky spojené s analgosedací mohou být: bolesti svalů a hlavy, nevolnost, zvracení, přechodná ospalost, porucha koordinace a zadržení moče, závažné komplikace (alergická reakce, selhání dýchání či krevního oběhu, selhání ledvin a jater).

Je nutné nás upozornit, máte-li sklon ke krvácení, jaké užíváte léky, zejména ty, které prodlužují krevní srážlivost a případně poukázat na proběhlé alergické reakce (např. po podání místního umrtvení při stomatologickém zákroku).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Adekvátní alternativa shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu není.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V den výkonu není možné jíst a pít, nedoporučuje se ani kouřit. Pokud užíváte pravidelně léky (např. k léčbě vysokého tlaku, srdečního onemocnění apod.), je možné je zapít malým douškem čisté vody. Je nutné před výkonem dodržet poučení k vyčištění střeva.

Před výkonem může být podána analgosedace nebo celková anestezie. Výkon je prováděn tak, že je optický přístroj zasouván řití do konečníku. Při vyšetření může být do trávicího traktu vpravován vzduch, aby byly stěny od sebe oddáleny a výstelku bylo možno prohlédnout. Odběr vzorku tkáně (biopsie) se provádí bezbolestně drobnými klíšťkami.

Při výkonu je možno provést i drobný zákrok, jako odstranění polypů elektrickou kličkou, po kterém je nutná jednodenní hospitalizace.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Objeví-li se po vyšetření obtíže jako je nepolevující bolest břicha, zvracení, zástava odchodu plynů a stolice či zvýšená tělesná teplota, informujte okamžitě svého lékaře.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

V případě podání analgosedace nebo celkové anestezie je nutné několikahodinové sledování pacienta na lůžku, po dobu odeznívání podaných tlumících léků.

Vyšetření pacienta výrazně neomezuje a není důvodem k pracovní neschopnosti.

Po provedení výkonu je na určitou dobu (až 24 hodin) vlivem analgosedace nebo celkové anestezie ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. Nelze řídit následujících 24 hodin motorové vozidlo, ani obsluhovat stroj vyžadující zvýšenou pozornost.

V případě výkonu v analgosedaci nebo v celkové anestezii je nutné, aby měl pacient zajištěn doprovod na cestu domů.

Další potřebná léčba:

Další léčba po výkonu bude záviset na výsledku získaném biopsií.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře

.....
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka